



## **4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia**

# **IMPACTE DA MATERNIDADE DA ADOLESCENTE NA QUALIDADE DA VINCULAÇÃO ESTABELECIDADA COM O FILHO**

**Dalila Paula de Oliveira Alves**

**Lisboa, 2015**

## **4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia**

# **IMPACTE DA MATERNIDADE DA ADOLESCENTE NA QUALIDADE DA VINCULAÇÃO ESTABELECIDADA COM O FILHO**

**Dalila Paula de Oliveira Alves**

**Relatório de Estágio orientado pela  
Professora Helena Bértolo**

**Lisboa, 2015**



**“Não é o desafio que define quem somos nem o que somos capazes de fazer. O que nos define é o modo como enfrentamos esse desafio.”**

(Richard Bach, *Nada ao acaso*, 2003)

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Helena Bértolo por todo o seu apoio, disponibilidade, paciência e ajuda na orientação deste relatório.

À Enfermeira Estefânia Ortega pela orientação no local do Ensino Clínico, pela partilha de conhecimentos, pela confiança demonstrada, pelo incentivo e amizade.

À minha família pela compreensão e paciência ao longo deste período.

Aos meus amigos e colegas de Serviço, pelo carinho, amizade e motivação.

A Deus, pela oportunidade de viver e presenciar o milagre da vida.

O meu MUITO OBRIGADA,

Sem o vosso apoio e presença na minha vida, esta etapa não teria sido alcançada.

## RESUMO

Segundo dados da Organização das Nações Unidas (2013), Portugal encontra-se em oitavo lugar nos países da união europeia com maior taxa de gravidez na adolescência. Daí a pertinência desta temática, uma vez que é exigido à adolescente que passe de recetora a prestadora de cuidados. A maternidade implica uma intensa reestruturação e reajustamento quer pessoal quer social, gerando mudanças de identidade e uma redefinição de papéis.

Este relatório tem a finalidade de apresentar o percurso efetuado para a aquisição e desenvolvimento de competências inerentes ao exercício profissional de um EEESMO, bem como o desenvolvimento mais aprofundado da temática da gravidez da adolescente na qualidade da vinculação com o filho.

O objetivo geral deste relatório consiste em compreender o impacte da maternidade da adolescente, na qualidade da vinculação estabelecida com o filho. A metodologia utilizada no presente relatório compreende uma Revisão Sistemática de Literatura, tendo-se recorrido às plataformas da EBSCO e b-on, através das bases de dados CINAHL e MEDLINE, utilizando-se as palavras-chave: vinculação, mães adolescentes e maternidade na adolescência, sendo selecionados 7 artigos que cumpriam os critérios de inclusão. Pretendeu-se ao longo dos ensinamentos clínicos reunir informação relativa às interações estabelecidas com grávidas e/ou puérperas adolescentes, e analisar o seu conteúdo.

Durante todo o percurso deve ser estabelecida uma relação com a grávida adolescente/casal que permita direccionar as intervenções de enfermagem às necessidades demonstradas em cada fase de transição, tendo como objetivo principal uma adequada adaptação à maternidade.

Os resultados achados na investigação permitem nortear a prática no sentido de contribuir de forma mais positiva no processo de transição e adaptação à maternidade, sobretudo para as mães adolescentes.

## **ABSTRACT**

According to data from the United Nations Organization published in 2013, Portugal is ranked eighth in the countries of the European Union with the highest rate of teenage pregnancy. The present theme, is relevant because it is required that the teenager transit from caretaker to caregiver. Motherhood implies an intense restructuring and readjustment whether personal or social, generating identity changes and a redefinition of roles.

This report is intended to present the route made for the acquisition and development of skills in the profession of an EEESMO as well as the further development of knowledge of the pregnant adolescent and the quality of the bond with the child.

The general goal of this report is to understand the impact of teenager motherhood and the established bound with the child. The methodology used in this report comprises a Systematic Literature Review, with recourse to the EBSCO and b-on platforms, using the databases MEDLINE and CINAHL, where were used the following Keywords: attachment, adolescent mother and adolescent motherhood ,being selected 7 articles that met the inclusion criteria. It was intended during the clinical practice to gather information on the interactions established with pregnant and / or adolescent mothers, and analyze its contents.

During all this phases must be established a relationship with the pregnant adolescent / couple to allow direct nursing interventions to the needs demonstrated in each transition, in order to an adequate adaptation to motherhood.

The results found in the research can and must be used to guide the practice to contribute more positively in transition and adaptation to motherhood process, especially for teenage mothers.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

AAI - Adult Attachment Interview

APEO – Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna,  
Obstétrica

HAPD – Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado

IMC – Internacional Confederation of Midwives

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS/ UNICEF – Organização Mundial Saúde / Fundo das Nações Unidas para  
a Infância

SUOG – Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia

WHO – World Health Organization

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	9
1. QUADRO DE REFERÊNCIA .....	14
1.1. Adolescência .....	14
1.2. Gravidez e adolescência .....	15
1.3. Vinculação.....	18
1.4. Vinculação e maternidade na adolescência .....	21
1.5. Cuidar da grávida adolescente.....	23
1.6. O Cuidado baseado na Teoria das Transições Afaf Meleis .....	24
1.7. EEESMO no cuidado à família em processo de transição .....	27
2. IMPACTE DA MATERNIDADE DA ADOLESCENTE, NA QUALIDADE DA VINCULAÇÃO COM O FILHO .....	30
2.1. Metodologia.....	30
2.2. Revisão sistemática da literatura: processo de pesquisa.....	32
2.3. Método de análise e síntese dos dados .....	34
2.4. Análise da experiência prática .....	34
2.4.1. Caracterização dos participantes.....	34
2.4.2. Análise reflexiva.....	35
3. ANÁLISE DAS COMPETENCIAS DESENVOLVIDAS .....	40
3.1. Competências gerais.....	40
3.1.1. Período pré-natal .....	44
3.1.2. Trabalho de parto .....	48
3.1.3. Período pós-natal .....	55
3.2. Competência individual desenvolvida – promoção da vinculação entre a mãe adolescente e o recém-nascido .....	59
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	72
APÊNDICES	
APÊNDICE I: Método de análise e síntese dos dados	



## INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio surge no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, sendo preconizado que na sua elaboração seja contemplada uma reflexão do trabalho decorrido durante o Ensino Clínico em Sala de Partos visando o desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

A Ordem dos Enfermeiros (2009, p. 2) define o enfermeiro especialista como o profissional de enfermagem que possui “ (...) *um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidas num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado*”. A Ordem dos Enfermeiros (2009) definiu um conjunto de competências comuns aos enfermeiros – Gestão de Cuidados e Desenvolvimento de Aprendizagens Profissionais, Gestão da Qualidade, Ética e Legal e Responsabilidade Profissional – e um domínio específico para cada especialidade, sendo o específico ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e Ginecologia (EEESMO) o cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, período pré-concepcional, pré-natal, trabalho de parto, pós-natal, climatério e a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica, para além da atuação nos cuidados do grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

Neste sentido, pretendeu-se desenvolver a unidade curricular Estágio com Relatório tendo por base as competências quer gerais quer específicas, indicadas pela Ordem dos Enfermeiros (2009) para o regulamento do exercício profissional do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, assim como as competências definidas pela “Internacional Confederation of Midwives (IMC)” – em 2013.

As competências gerais do EEESMO definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2011,p.4-6), referidas anteriormente são:

- H2. *Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal.*
- H3. *Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina.*
- H4. *Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição à parentalidade.*

Enquanto as competências definidas pela International Confederation of Midwives (IMC, 2013, 3-19) - Competências inerentes à prestação de cuidados especializados durante o parto e o nascimento – são:

- Competência 4 – O EEESMO proporciona cuidados de alta qualidade durante o trabalho de parto, culturalmente sensíveis e que conduzam a um nascimento seguro, e identifica e intervém nas situações de emergência, no sentido de maximizar a saúde das mulheres e dos recém-nascidos;
- Competência 5 – O EEESMO providencia cuidados especializados de enfermagem no período pós-parto, os quais compreensivos, de alta qualidade e culturalmente sensíveis;

E ainda, as competências inerentes à prestação de cuidados especializada ao Recém-nascido no período pós-parto:

- Competência 6 – O EEESMO providencia cuidados de alta qualidade ao recém-nascido, para a promoção da sua saúde desde o nascimento até aos dois meses de idade.

Segundo os dados da Organização das Nações Unidas divulgados em 2013, Portugal tem a oitava maior taxa de gravidez entre adolescentes da União Europeia, sendo que em média, por dia doze adolescentes se tornam em Portugal, neste sentido a temática em questão, Impacte da Maternidade da Adolescente na Qualidade de Vinculação Estabelecida com o Filho, reveste-se de uma ampla pertinência, uma vez que é exigido à adolescente que ainda é recetora de cuidados, que se converta numa figura prestadora de cuidados ao filho. Conforme refere Prettyman (2005), adolescentes em idade, mas adultas em responsabilidades, as mães adolescentes não são verdadeiramente nem adolescentes nem adultas, são ambas ao mesmo tempo.

A construção da identidade é um fenómeno psicossocial que se executa no dia-a-dia de cada pessoa através das relações estabelecidas com os outros. Desde a infância que é possível identificar fatores sociais que definem papéis, estando intimamente relacionados com questões de género. Historicamente a questão da maternidade é uma função feminina por excelência, contudo tem surgido ao longo dos tempos algumas variações no ritual biológico da vida da mulher, onde a maternidade atravessa uma legitimidade e importância cada vez mais tardiamente e, quer seja pelas contingências socioeconómicas, quer seja pela afirmação de papéis da mulher perante a sociedade. Sob este ponto de vista, podemos considerar a gravidez na adolescência com um significado histórico, variável com o tempo em que é vivenciado. Algumas décadas atrás a adolescência era considerada a faixa etária ideal para ter filhos, entretanto nos últimos anos, num contexto de profundas mudanças sociais, políticas e de conceção de família, as expectativas em termos de escolarização e inserção profissional atribuída aos jovens, faz assumir a gravidez na adolescência como um evento potencialmente gerador de risco para o desenvolvimento, quer das mães quer das crianças.

A gravidez na adolescência desencadeia a necessidade de ajuste a diferentes dimensões, fundamentalmente representa uma rápida transição no

ciclo de vida, em que a jovem filha, assume também o papel de mãe. A condição da maternidade implica uma intensa reestruturação e reajustamento quer pessoal quer social, gerando mudanças de identidade e uma redefinição de papéis. Neste contexto de transição, o presente relatório assume como quadro de referência de enfermagem, a teoria de médio alcance desenvolvida por Afaf Meleis (2010), que propõe como ponto central da prática, as pessoas e famílias que num determinado contexto sociocultural vivem um processo de transição.

Meleis e Schumacher (2010) consideram que tornar-se mãe é uma transição especialmente crítica, pois é uma transição permanente e o seu grau de sucesso tem implicações não só em si próprios como na saúde e no desenvolvimento das respetivas crianças. Segundo as autoras, é necessária uma pesquisa adicional sobre esta transição, que permita o conhecimento das condições que favorecem uma transição harmoniosa, das que colocam os indivíduos em risco de uma transição difícil, bem como os indicadores de uma transição de sucesso.

Ao analisarmos o impacto da maternidade da adolescente na qualidade da vinculação estabelecida com o filho sob a perspetiva da transição definida por Meleis (2010) iremos contribuir para um aumento de conhecimento em enfermagem para a tomada de decisão autónoma e possibilitar uma melhor resposta às necessidades em cuidados de saúde.

A metodologia utilizada no presente relatório compreende uma Revisão Sistemática de Literatura, tendo-se recorrido às plataformas EBSCO e b-on, onde se utilizaram os seguintes descritores: vinculação (attachment); mães adolescentes (adolescent mother) e maternidade na adolescência (adolescent motherhood). Pretendeu-se ao longo dos ensinamentos clínicos reunir informação relativa às interações estabelecidas com grávidas e/ou puérperas adolescentes, e analisar o seu conteúdo, com o intuito de fundamentar a resposta à questão de investigação colocada.

Neste sentido pode-se considerar que o presente relatório pretende dar a conhecer a aquisição e desenvolvimento de competências quer gerais quer

específicas, definidas pela Ordem dos Enfermeiros para o EEEMO, definir os conceitos e a pertinência da problemática em questão e ainda abordar a metodologia utilizada.

Como objetivo geral, com este relatório, pretende-se compreender o impacto da maternidade da adolescente, na qualidade da vinculação estabelecida com o filho. Uma vez que o relatório de estágio incide maioritariamente no Ensino Clínico realizado no âmbito da Sala de Partos, os objetivos específicos foram ao encontro das unidades de competência definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2010): 1) Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina; 2) Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido e, 3) Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou trabalho de parto, sendo que estes objetivos se centram nas grávidas e/ou puérperas adolescentes, com o intuito de identificar o impacto da maternidade na qualidade do vínculo estabelecido com o filho, desenvolvendo estratégias que fomentem a vinculação entre as adolescentes e os seus filhos e refletindo no papel do EEESMO na promoção deste vínculo.

# 1. QUADRO DE REFERÊNCIA

## 1.1. Adolescência

A palavra adolescência tem a sua origem etimológica no latim “*ad*” (para) “*olescere*” (crescer), que no latim significaria “*strict sensu*” (crescer para), que significa “fazer-se homem/mulher” ou “crescer na maturidade” (Muuss, 1976). O conceito de adolescência tem mudado ao longo do tempo, o desenvolvimento e crescimento da industrialização e da urbanização na sociedade ocidental moderna, tem vindo a considerar a adolescência como o período entre a infância e a vida adulta, ou seja, uma etapa de transição, onde através da escolarização, ocorre a preparação para o trabalho e a construção de um senso pessoal de identidade (Erikson, 1976).

A World Health Organization (WHO, 1975) define que a adolescência é o período de desenvolvimento individual entre os 10 e os 19 anos de idade. Conforme refere Pereira (2001), a gravidez nesta fase do ciclo de vida não se constitui um fenómeno recente, contudo a sua visibilidade tem aumentado consideravelmente nos últimos anos, uma vez que ao longo do último século, as mudanças sociais tem contribuído para que se encare a gravidez na adolescência como um fenómeno não esperado, nem socialmente desejado. Pereira (2001) acrescenta ainda que para o aumento desta visibilidade têm contribuído a maior participação das mulheres na vida laboral e social, bem como o aumento da sua escolarização onde a sua realização pessoal e o seu lugar na sociedade dependem de outros papéis além das tradicionais funções de esposa e de mãe. O desenvolvimento da sexualidade faz parte do crescimento do indivíduo, em direção à sua identidade adulta, no entanto a gravidez na adolescência requer particular atenção por parte dos profissionais de saúde, pelo impacto que esta terá na formação da identidade.

## 1.2. Gravidez e adolescência

No que respeita à tarefa de construção de identidade, o período da adolescência configura-se como o primeiro momento em que a pessoa é confrontada com o desafio de explorar e comprometer-se com diferentes rumos para a sua vida, tanto no domínio relacional, afetivo, ocupacional e valores, (Erikson 1976). Dentro da lógica de Erikson a gravidez na adolescência seria uma experiência indesejada, uma vez que iria restringir as possibilidades de exploração de identidade e preparação para o futuro profissional. Em função disto, a gravidez na adolescência passou a ser encarada como uma situação de risco biopsicossocial, capaz de gerar consequências negativas não apenas para os adolescentes, mas para toda a sociedade. Oliveira (2008) considera a gravidez na adolescência como um desvio de percurso, um evento supostamente não desejado pelas adolescentes e cujas consequências frustram o que seria considerada uma “boa” adolescência.

Ferreira e Nelas (2006) consideram que a adolescência termina quando o jovem atinge a maturidade social e emocional, concluindo as tarefas anteriormente apresentadas e quando adquire a experiência, habilidade e vontade necessárias para assumir o papel de adulto. Jongenelen e Soares (1999) citados por Silva (2010) referem que a atual compreensão da adolescência não tem como base um “único” quadro de desenvolvimento, tendo-se alterado a visão monolítica para uma visão multidimensional e pluralista do desenvolvimento.

Numa perspetiva desenvolvimental a gravidez é encarada como um período de desenvolvimento, sendo então caracterizada pela necessidade de resolução adequada de tarefas de desenvolvimento específicas, que possibilitam uma resposta mais adaptada face às mudanças que a gravidez acarreta e à forma de lidar com novos papéis e com as relações de transformação (Colman & Colman, 1994).

Tornar-se mãe na adolescência obriga a profundos realinhamentos no percurso de desenvolvimento individual. Já confrontadas com os típicos

desafios desta fase do ciclo de vida, as adolescentes encontram-se perante a dificuldade acrescida da transição para a maternidade, encarada como um dos marcadores mais significativos da idade adulta, sendo-lhes exigido a capacidade para articular papéis não-normativos para a sua idade, conforme refere Mendes (2006). A adolescente que ainda é recetora de cuidados converte-se “apressadamente” numa figura prestadora de cuidados ao filho. Neste sentido Dias & Teixeira, (2010) citando (Levandowki, Piccinini & Lopes, 2008) referem que em termos psicológicos a gravidez na adolescência está associada à noção de risco na medida em que implica na vivência simultânea dois fenómenos importantes do desenvolvimento, o ser adolescente e o ser mãe. A adolescente que engravida, além de exercer o papel de filha, passa a exercer o papel de mãe, dando um novo significado nesse processo à sua relação com a própria mãe. A maternidade exige que a adolescente redefina a sua identidade levando em consideração o facto de que a sua vida, a partir da gravidez, estará vinculada às exigências de cuidar do filho.

Sadler (1987), refere que ao experienciar o papel de mãe, a adolescente vive uma transição de papéis acelerada que pressupõe tarefas desenvolvimentais antagónicas, e como consequência, uma dupla adaptação que torna vulneráveis, tanto a jovem como o seu filho (Farinha & Afonso, 2009). Neste sentido, Jongenelen (2004) refere que a adolescente tem de saber gerir os desafios da adolescência e o facto de simultaneamente ser recetora de cuidados (por parte das figuras de vinculação), e figura de vinculação para o filho, com os respetivos papéis e responsabilidades associados à parentalidade.

Soares (2000) considera que de acordo com os desafios característicos da maternidade precoce, deve-se tomar em consideração diversos fatores, nomeadamente de risco e proteção, assim como os recursos da adolescente, aspetos que terão influência na diversidade de consequências e no nível de ajustamento da jovem no novo acontecimento. Canavarro e Pereira (2001) agruparam estes acontecimentos em três grandes dimensões, individual, familiar e de relacionamento (com o sexo oposto e os pares), sendo que para cada uma das variáveis mencionadas, são consideradas dimensões



socioculturais e psicológicas. Relativamente aos fatores individuais, também são valorizadas as dimensões bio-fisiológicas.

Canavarro (2001) refere que a “adaptação à maternidade” traduz-se na capacidade para superar as tarefas desenvolvimentais em simultâneo com a competência para cuidar e educar uma criança, contribuindo tanto para o seu desenvolvimento harmonioso, como para o seu próprio desenvolvimento pessoal.

Segundo Jongenelen & Soares (1999) a gravidez na adolescência implica que a jovem enfrente desafios que lhe são inerentes, ou seja, além das exigências normativas da adolescência, enfrente as tarefas específicas colocadas pela maternidade. Contudo Mendes (2006) refere que apesar de nos depararmos com o facto de as representações sociais dominantes em torno da maternidade na adolescência constituírem um conceito negativo e desviante, atualmente a comunidade científica reconhece que a maternidade na adolescência não resulta necessariamente de um défice ou problema, podendo mesmo a sua ocorrência representar uma oportunidade privilegiada de crescimento pessoal.

Jongenelen, I. et al (2006) citando Soares (2001) aborda que no âmbito da maternidade na adolescência, as questões de vinculação assumem contornos específicos, na medida em que na perspetiva de vinculação, a adolescência é o tempo de aprendizagem do “tornar-se uma figura de”, mas o tempo em que “ser uma figura vinculada” é ainda vital.

### 1.3. Vinculação

Para Bowlby (1969) a vinculação constitui uma disposição inata para a procura de proximidade e para a manutenção de contacto com uma determinada figura significativa, funcionando esta simultaneamente como porto de abrigo e proteção em situações de ameaça e como base de segurança a partir da qual a criança pode explorar o mundo, em momentos de maior tranquilidade. Mendes (2006) refere que a teoria da vinculação desenvolveu-se com base em duas ideias principais, sendo que em primeiro lugar todo o ser humano necessita de estabelecer e manter vínculos afetivos e privilegiados com figuras significativas, ao longo de todo o seu ciclo de vida, e em segundo lugar a importância dada às experiências interpessoais precoces na determinação do desenvolvimento psicológico posterior.

Segundo Bowlby (1969) no primeiro ano de vida, o bebé vai estabelecendo uma relação privilegiada com a figura que lhe proporciona os cuidados básicos, garantindo a sua sobrevivência. Ao realizar este papel, esta pessoa torna-se uma figura de vinculação para o bebé, uma vez que em situações onde possam sentir “perigo” esta pessoa é capaz de lhe proporcionar uma experiência de segurança. Nesta perspetiva considera-se que a relação de vinculação esteja centrada numa função de regulação de segurança, onde há uma figura (vinculada) que procura proteção e há outra figura (de vinculação) capaz de proporcionar segurança, conforto ou ajuda, caso seja necessário, tratando-se assim de uma relação assimétrica e complementar. Mendes (2006) e Soares (2009) designam por comportamentos de vinculação os padrões de comportamento característicos da espécie ao longo do primeiro ano de vida que são focados na figura de vinculação.

Contudo Soares (2009) acrescenta ainda que o sistema comportamental de vinculação não envolve apenas comportamentos, mas também apresenta componentes cognitivas e emocionais. Ao longo das interações com a figura prestadora de cuidados o bebé vai gradualmente construindo um conjunto de conhecimentos e expectativas, que dizem respeito ao modo como essa figura atua e responde aos seus pedidos de ajuda e proteção, bem como ao seu valor

próprio e capacidade de influenciar os outros, *self*. Os modelos de *self* e do mundo são construídos com base nas interações repetidas entre a criança e a figura de vinculação, de forma complementar e mutuamente confirmatória, integrando então representações generalizadas inconscientes ou não, que Bowlby (2002) designa de modelos internos dinâmicos, funcionando como elos de ligação entre as experiências de vinculação precoce e a vida relacional futura.

Jongenelen (2004) refere que os modelos internos dinâmicos fazem parte do sistema de vinculação e constituem-se como guias para a interpretação das experiências e orientam os comportamentos de vinculação, permitindo ao sujeito tomar decisões sobre os seus comportamentos de vinculação face a uma figura em particular, antecipando o futuro e fazendo planos, permitindo operar de forma mais eficiente.

Segundo Soares (2002) Mary Ainsworth é outra referência fundamental na teoria da vinculação, na medida em que os seus estudos refletiram um aperfeiçoamento realizado ao nível de um dos conceitos centrais da teoria, a segurança. Evidenciando de que modo a segurança proporcionada pela figura de vinculação se transforma em confiança na relação do *self* com a figura de vinculação, e posteriormente, em confiança do *self*.

Ainsworth et al (1978) refere que a forma de avaliar a vinculação assenta na determinação do modo como o bebé equilibra as necessidades de segurança e proteção com as de exploração do meio, em situação de *stress* moderado e ativadora do sistema de vinculação. A criação de um paradigma de investigação - Situação Estranha - permitiu a identificação de diferenças ao nível da organização dos comportamentos de vinculação do bebé. Ainsworth (1978) distinguiu três organizações ou padrões comportamentais de vinculação distintas, o padrão A – inseguro-evitante, o padrão B – seguro e o padrão C – inseguro ambivalente-resistente. Estes padrões representam as diferenças na natureza da relação do bebé com a figura de vinculação, quer na forma como é regulada a proximidade entre ambos, quer na qualidade da comunicação estabelecida. Para Soares (2002, p.39) “é a qualidade deste fluxo de trocas

emocionais quando o bebé está em *stress* que especifica a qualidade de vinculação”.

Main & Solomon (1990) acrescentam que mais tarde foi criada uma quarta categoria, para incluir os bebés que não apresentavam comportamentos de vinculação enquadráveis nos grupos referidos, tendo esta categoria sido designada por grupo D – desorganizado/ desorientado. Os bebés inseridos nesta categoria não apresentam um padrão de vinculação definido, ou seja, não apresentam uma estratégia coerente ou organizada de lidar com situações de *stress* com a figura de vinculação.

A investigação na vinculação abrangeu outros períodos do desenvolvimento além da infância, a partir da década de 80, onde Mary Main desenvolveu uma entrevista do tipo clínico designada por *Adult Attachment Interview (AAI)*, onde se pretende avaliar a representação que o indivíduo adulto tem das suas experiências de vinculação durante a infância, com os pais ou outras figuras que os tenham substituído, transformando-a numa ocasião privilegiada para averiguar o modo com o indivíduo se confronta com as temáticas de vinculação. A *AAI* permite identificar quatro categorias de vinculação, segura-autónoma, desligada-rejeitante, emaranhada-preocupada, não resolvida/desorganizada e uma categoria adicional, designada por “*cannot classify*” que integra os casos que não podem ser classificados de acordo com o sistema de Main (George, Kaplan & Main, 1985). Esta identificação de padrões de organização mental em adultos, idênticos aos padrões organizacionais comportamentais identificados em bebés, veio permitir a exploração empírica da transmissão intergeracional da vinculação referida por Bowlby (1979).

Bowlby (1969) identifica quatro fases no desenvolvimento da vinculação, a primeira fase – orientação e sinais com uma discriminação limitada das figuras (aproximadamente até às oito-doze semanas de vida), a segunda fase – orientação e sinais dirigidos para uma ou mais figuras discriminadas, a terceira fase – manutenção da proximidade com uma figura discriminada através da locomoção e de sinais (inicia-se por volta dos seis meses e termina cerca dos

dois anos), última, quarta fase – formação de uma relação recíproca corrigida por objetivos (restrita às competências do quarto ano de vida).

Mendes (2006) alega que inúmeros estudos têm evidenciado o facto da segurança da vinculação estar associada a uma prestação de cuidados sensível por parte das figuras parentais, que por sua vez resultam num impacte significativo em áreas de desenvolvimento sócio-emocional do bebé, fornecendo-lhe as bases para as aquisições posteriores. Acrescenta ainda que em conformidade com a teoria da vinculação, a qualidade da prestação de cuidados determina a organização qualitativa da relação cuidador-bebé, gerando efeitos ao nível da confiança da criança relativamente à disponibilidade da figura de vinculação, sendo o sistema comportamental regulado por modelos internos dinâmicos.

#### **1.4. Vinculação e maternidade na adolescência**

Para Ainsworth et al (1978) a sensibilidade dos pais determina a qualidade dos cuidados prestados na vinculação. Por sensibilidade entende-se a capacidade dos cuidadores para perceberem e avaliarem as pistas fornecidas pela criança, de modo apropriado e para lhes responder de forma rápida e certa. Neste sentido, Meins et al (2001) consideram que uma das características mais salientes do comportamento de prestação de cuidados das mães inseguras refere-se à leitura apropriada dos estados mentais da criança, que tende a conduzir a respostas inapropriadas face às necessidades reais desta.

George & Solomon (1999) salientam que se se considerar que a construção do *self* da figura de cuidado acontece na fase da adolescência então ocorre uma mudança de perspetiva de ser-se protegido e alvo de cuidados (*attached self*) para ser fonte de segurança e proteção de alguém (*self as a caregiver*). No que diz respeito à figura materna, verifica-se que a saúde psicológica e o bem-estar, bem como certas características de personalidade, afetam os cuidados de vinculação. Tendo-se verificado que as

mães que descrevem elevada autoconfiança, sentido de independência, alegria, adaptabilidade e afetividade são as que tem maiores probabilidades de ter um bebé seguro (O'Conner citado em Soares et al., 2009).

Jongenelen et al. (2009) referem que na perspetiva da vinculação, a adolescência representa um período de transição entre a vinculação da infância, estabelecida essencialmente no contexto da relação pais-filho e as ligações afetivas adultas que vão para além das relações familiares. A adolescência pressupõe uma valorização do sistema exploratório, que se traduz nos comportamentos de procura de autonomia por parte dos jovens, permitindo o cumprimento das tarefas de desenvolvimento mais significativas deste período. A proximidade às figuras parentais deixa de ser mantida com base na autoridade e respeito e passa a existir na ótica do respeito mútuo, passando os pais a constituírem-se como “figuras de vinculação na reserva”, no caso de o adolescente ser confrontado com situações de *stress* ou dificuldade.

Vários estudos comprovam a tendência para a continuidade da qualidade organizacional cognitivo-emocional da vinculação ao longo do ciclo de vida. O conceito de modelo interno dinâmico de vinculação constitui uma das formas de ligação privilegiada entre a vinculação na infância e o funcionamento psicossocial posterior (Mendes, 2006).

Bowlby (1980) referiu o facto de que momentos de transição desenvolvimental podem constituir oportunidades de revisão do modelo interno dinâmico quer de si próprio quer dos outros (por exemplo a transição para a parentalidade). Experiências relacionais proporcionam uma base segura de exploração e revisão de significados das experiências de vinculação adversas e das suas implicações para o *self*, no sentido de possibilitarem a aquisição por parte do indivíduo, de uma representação de vinculação autónoma e coerente, conforme abordado por Main (1990).

Bowlby (2002) definiu o papel das relações precoces no desenvolvimento psicológico posterior dos sujeitos, como um dos alicerces da sua teoria. Uma vez estabelecidos, os modelos internos dinâmicos de

vinculação vão influenciar a compreensão por parte do indivíduo, do *self* e do mundo e o planeamento da ação e do comportamento no contexto das relações com os outros.

Na relação entre a qualidade da vinculação e a adaptação à maternidade é importante indagar o nível de adaptação à maternidade, que reside na capacidade da mãe para reconhecer e aceitar a experiência da maternidade, sendo suscetível de comportar emoções intensas e mutuamente contraditórias. Jongenelen (2004) refere que no caso das mães adolescentes, teoricamente espera-se que adolescentes com uma organização de vinculação segura esteja melhor preparada para gerir com eficácia, o desafio adicional imposto pela maternidade precoce, nomeadamente como geram a multiplicidade de papéis em que se encontram implicadas. Mendes (2006) acrescenta ainda que na literatura da vinculação sugere que as organizações de vinculação das mães adolescentes possam desempenhar um papel importante na mediação da adaptação à maternidade, podendo por sua vez ter implicações na organização da vinculação dos filhos.

### **1.5. Cuidar da grávida adolescente**

A gravidez e o nascimento de um bebé representam um processo de grandes mudanças, tanto no âmbito físico, como simbólico e social de todos aqueles que estão envolvidos. Independentemente da idade da mulher, a gravidez representa um importante marco no processo de vida, caracterizando-se como um período prévio, com o objetivo de preparar a mulher para as mudanças inerentes, garantindo uma transição para outros momentos do processo de viver, conforme refere Monticelli (1997).

No âmbito da temática desenvolvida, gravidez na adolescência, podemos considerar que abordamos duas situações de transição independentes que se sobrepõem, ou seja, a crise existencial que o ser humano vivencia durante o período da adolescência e a gravidez, que de

acordo com o referido por Monticelli (1997) é uma mudança de um estado para outro, ou seja, algo que vai requerer uma reorganização ou adaptação.

Neste sentido, o agir profissional do EEESMO, neste contexto, gravidez na adolescência, deve ser o mais autêntico e humanizado possível, de modo a envolver todo o processo de transição vivido pela adolescente. A relação intersubjetiva entre o EEESMO e a pessoa que vivencia um processo de transição é facilitada se o EEESMO conhecer e compreender o significado da transição vivida pela adolescente. Meleis (2010) considera que a transição é uma passagem ou movimento de estado, condição ou lugar para outro, assim sendo, consideramos que a transição está relacionada com a mudança e o desenvolvimento.

### **1.6. O Cuidado baseado na Teoria das Transições Afaf Meleis**

De acordo com a teoria desenvolvida por Meleis (2010), a transição é um processo que exige do ser humano, a utilização imediata de mecanismos ou recursos de suporte disponíveis ou não, para se enfrentar o processo de adaptação, visando a resolução de conflitos ou desorganizações. Ao assumir um novo papel e adaptar-se a ele, o indivíduo está em transição, contudo para evoluir de um estado para o outro, necessita de um envolvimento e do suporte de todos os envolvidos neste processo, em especial da família por ter maior afinidade, ou das pessoas significativas com quem estabelece relações afetivas. Para o processo de transição, Meleis (2010) considera três períodos, a entrada, a passagem e a saída, sendo que estes variam em duração, podendo até confundirem-se entre si, deste modo, a transição é um período entre estados completamente estáveis.

Meleis (2010) considera ainda que a transição é um fenómeno pessoal, e não estruturado, sendo singular e estando relacionado com as definições e redefinições de si próprio e da situação de transição, com o objetivo de alcançar uma maior estabilidade relativamente ao seu estado anterior, tendo



portanto uma oportunidade de crescimento, desenvolvimento, amadurecimento e de *empowerment*.

De acordo com Meleis e Schumacher (2010) a transição evidencia uma mudança no estado de saúde, no relacionamento dos papéis, nas expectativas ou habilidades, nas necessidades de todos os seres humanos, pois a transição requer que o ser humano incorpore um novo conhecimento, de modo a alterar o comportamento e, portanto, mudar também a definição de si no contexto social. As transições podem ser desenvolvimentais, situacionais, de saúde-doença ou organizacionais. Por transições desenvolvimentais entendem-se fenómenos complexos e dinâmicos que ocorrem em determinados momentos previsíveis do percurso normal de crescimento, como é o caso da transição para a parentalidade. Conforme o nome sugere, transições situacionais, são desencadeadas alterações a nível das mais diversas situações, caracterizando-se pelo aumento ou diminuição das funções pré-existentes dentro do universo das relações, como uma situação de nascimento ou morte de um ente querido. As transições de saúde-doença dizem respeito a uma mudança súbita no estado de saúde para um estado de doença agudo ou crónico, obrigando a uma mudança de papéis quer por parte da própria pessoa quer dos seus familiares. As transições organizacionais são representadas pelas alterações que ocorrem a nível ambiental podendo ser antecipadas por modificações a nível social, político, económico, entre outros. Nesta perspetiva a adolescência e a gravidez são transições desenvolvimentais e situacionais, respetivamente. Situações inesperadas, como a gravidez na adolescência requerem uma definição ou redefinição dos papéis em que a pessoa está envolvida, ou mudanças súbitas de papéis. Neste sentido, para Meleis e Schumacher (2010) as transições, são portanto, componentes do domínio da enfermagem, uma vez que consideram como questões fundamentais da enfermagem, a preocupação em saber como os seres humanos enfrentam as transições e como o ambiente afeta esta situação. A simultaneidade da gravidez e da adolescência como evento transicional evidencia a singularidade da experiência. Este fenómeno de dupla transição é um acontecimento existencial situado no ser adolescente enquanto presença no mundo.

A adolescente vê-se envolvida em diferentes fases e contextos, se por um lado, a transição para o papel da maternidade se inicia com a notícia do resultado positivo no diagnóstico de gravidez, por outro lado, independentemente deste diagnóstico, ela continua a ser adolescente e esta vivência desenvolvimental não pode ser desconsiderada. O EEESMO tem um papel fundamental ao identificar todas estas situações, exigindo-se que seja dotado de conhecimento e capacidade para compreender todo o processo envolvido, de modo a poder antecipar as possíveis intercorrências e implementar intervenções adequadas ao cuidado transicional (Silva et al, 2010). Meleis (2010) considera que a principal função da enfermagem é contribuir para que as pessoas passem por transições saudáveis e obtenham resultados saudáveis. Diariamente os enfermeiros cuidam de pessoas, famílias e comunidades que se encontram em processos de transição, onde é necessário assumir novos papéis, responsabilidades e competências, e onde os mesmos experienciam perdas de redes e sistemas de apoio. Meleis (2010) defende que os principais objetivos dos cuidados de enfermagem consistem no acompanhamento e ajuda às pessoas durante os seus processos de transição, de forma a obterem resultados saudáveis. Para isso o EEESMO deve antecipar os períodos de transição, preparando os clientes para os mesmos, como é o caso da preparação dos pais para a parentalidade. Ao longo deste processo, é pertinente que o EEESMO consiga compreender a grávida adolescente/casal como um ser bio-psico-social, em permanente interação com o meio, influenciando e sendo influenciado.

### **1.7. EEESMO no cuidado à família em processo de transição**

O cuidar transacional deve contemplar toda a trajetória do processo de transição. Este período deve ser acompanhado e experienciado de forma partilhada entre a grávida adolescente e o EEESMO, de modo a que se unam para alcançar um novo papel, sem se deixar de apropriar, EEESMO e adolescente, do seu respetivo papel. Sá (2004) refere que as adolescentes se encontram a atravessar uma fase de vida experienciada como um momento de crise e de mudança, podendo vivenciar a gravidez com níveis de ansiedade superiores aos das grávidas adultas, sendo neste sentido necessário que os cuidados à grávida adolescente sejam prestados de forma holística, abrangendo todas as particularidades no cuidado de enfermagem, quer seja físico quer seja emocional. Sá (2010) acrescenta ainda que a adolescente está a consolidar o seu processo de desenvolvimento, sendo-lhe exigida repentinamente uma adaptação ao papel de mãe, podendo desencadear um desequilíbrio psicológico, que afeta o seu bem-estar, com repercussões na autoestima. Neste contexto, e ao encontro com o modelo desenvolvido por Meleis, o cuidar humanizado da enfermagem, vai permitir que a grávida adolescente reconheça a qualidade dos cuidados prestados, expressando os seus temores, dúvidas, e ansiedades perante esta situação nunca antes vivenciada, criando-se um vínculo de suporte confiável no momento de tantas transições e sensações novas.

O cuidado no processo de transição leva à procura de um modelo mais humanista, de totalidade do ser, da integralidade, a interdisciplinaridade, a relação pessoa a pessoa e a transdisciplinaridade. Sendo também indispensável o desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo, bem como a discussão e clarificação de valores (Meleis, 2010).

Durante o período pré-natal, trabalho de parto e pós-parto, o EEESMO deve estabelecer uma relação com a grávida adolescente/casal que permita direcionar as intervenções de enfermagem às necessidades demonstradas em cada fase de transição, tendo como objetivo principal uma adequada adaptação à maternidade.

A OE (2010) também enuncia várias intervenções a serem implementadas pelo EEESMO visando a promoção da saúde e bem-estar da mulher inserida na sua família, e na deteção e tratamento precoce de complicações, onde se inclui, o acompanhamento e a vigilância da saúde e do bem-estar materno-fetal, a promoção de estilos de vida saudáveis, a promoção da saúde mental durante a vivência da gravidez, a preparação para o parto e para uma parentalidade responsável, entre outras.

No período pré-natal o EEESMO tem oportunidade de promover processos de educação para a saúde, clarificar com a grávida adolescente/casal e seus familiares qual o papel parental, explicando-lhes quais são os padrões de comportamento esperados, os sentimentos e sensações relacionados com os mesmos, e ainda, que funções devem assumir e que competências devem desenvolver (Meleis, 2010).

Pela altura do nascimento, nos primeiros contactos com o recém-nascido, a mãe adolescente inicia uma importante tarefa de desenvolvimento e adaptação à maternidade, a adaptação e aceitação das características físicas e temperamento do recém-nascido, que muitas vezes não coincide com o idealizado durante a gravidez, representa um importante papel para o EEESMO que pode estimular a criação precoce de laços afetivos entre o recém-nascido e os seus pais. As mães após o nascimento dos recém-nascidos estão muito recetivas às intervenções de enfermagem, principalmente as que se focam na educação para a saúde e no esclarecimento de dúvidas. É esperado ainda que estas intervenções de enfermagem proporcionem apoio e transmitam uma sensação de segurança na prestação dos primeiros cuidados ao recém-nascido (Soares, 2009).

Uma vez que atualmente o período de hospitalização é cada vez menor, é pertinente que o EEESMO consiga chegar aos lares das mães adolescentes, de modo a criar oportunidades para o esclarecimento de dúvidas e fomentar a adequada adaptação à maternidade. A OE (2010) destaca esta ideia, ao incluir nas competências do EEESMO o período pós-natal, o cuidar da mulher e da sua família, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido apoiando o processo de transição e adaptação à maternidade.

Meleis (2010) refere que grupos de apoio constituídos por pessoas que vivenciaram ou vivenciam experiências idênticas, podem constituir uma base de apoio importante durante os processos de transição. Dado que ao longo dos processos de transição as pessoas necessitam de comunicar com os seus pares e pessoas de referência, para que seja possível o desenvolvimento de novos papéis, a autora considera que a comunicação a chave para o sucesso.

O processo de adaptação à maternidade por parte da adolescente é um longo percurso, onde o EEESMO pode ter um contributo precioso ao acompanhar e apoiar as adolescentes/casais contribuindo deste modo para a promoção da saúde e bem-estar destes.

## **2. IMPACTE DA MATERNIDADE DA ADOLESCENTE, NA QUALIDADE DA VINCULAÇÃO COM O FILHO**

### **2.1. Metodologia**

A metodologia a utilizada teve como ponto de partida uma revisão sistemática de literatura. Para a realização da mesma será considerada a formulação da pergunta de investigação em formato PICO:

**QUAL O IMPACTE DA MATERNIDADE DA ADOLESCENTE NA VINCULAÇÃO ESTABELECIDADA COM O FILHO?**

**População:** Mães adolescentes

**Fenómeno de interesse:** Experiência de vinculação ao filho

**Contexto:** Maternidade na adolescência

A limitação temporal incidiu e sobretudo no decorrer da unidade curricular Estágio com Relatório, momento fulcral da recolha de dados, considerando não menos importantes os possíveis momentos durante a realização dos Ensinos Clínicos no decurso do 2º ano curricular. Estes momentos compreendem períodos de assistência especializada em EEESMO no âmbito dos cuidados de saúde primários em centro de saúde e de cuidados de saúde diferenciados no internamento durante a gravidez, parto e pós-parto em meio hospitalar.

Foi realizada uma pesquisa nas plataformas EBSCO e b-on onde as bases de dados consultadas foram: CINAHL, MEDLINE, PubMed ACAAP e na base de dados SCIELO Portugal. Foram pesquisados os artigos em texto

integral, publicados entre 2005 e 2015 com descritores relacionados com a pergunta PICO.

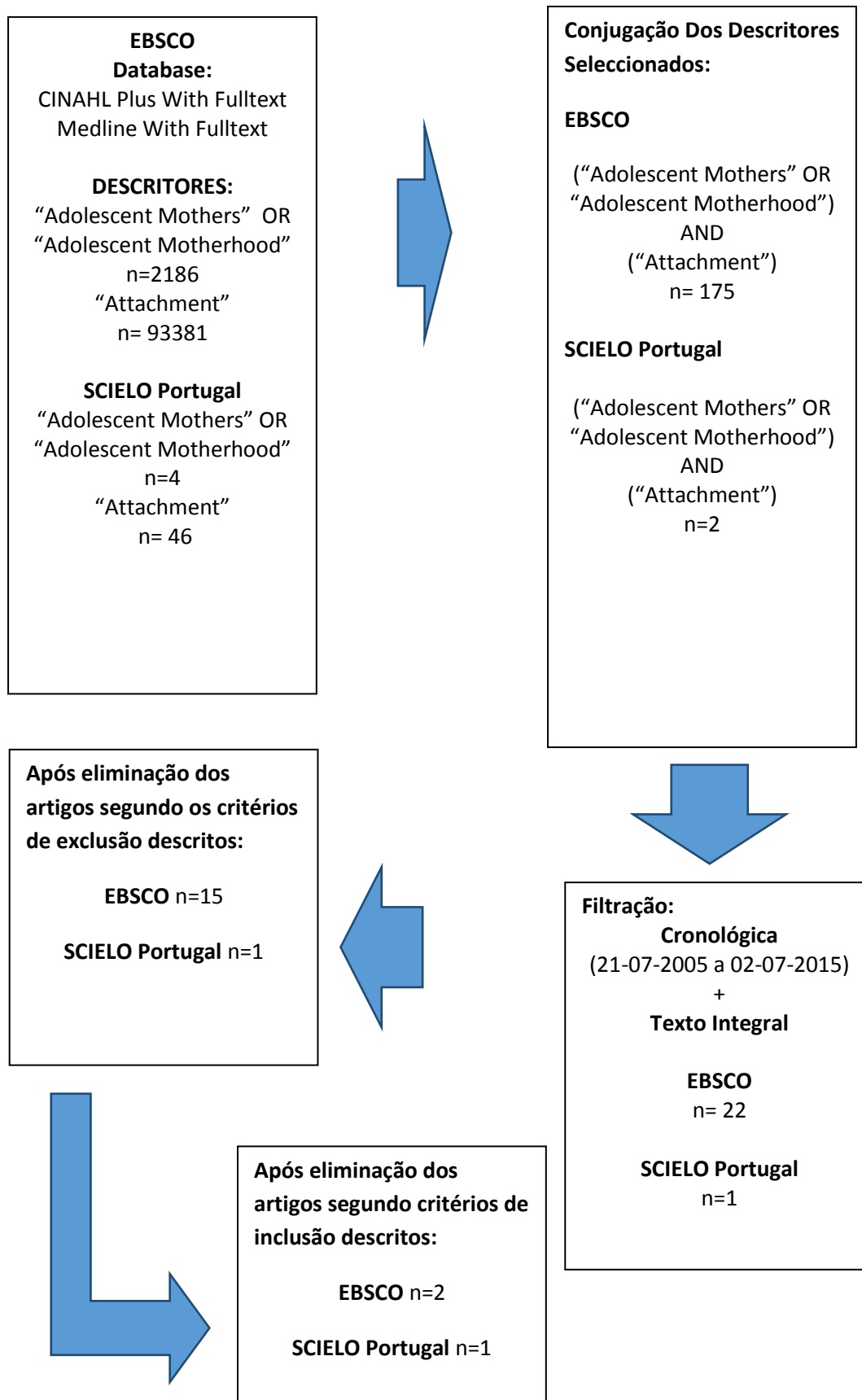
Como critérios de inclusão consideraram-se os artigos com:

- Redação em português, inglês, francês ou espanhol
- Foco na problemática delineada, procurando concordância com o tema em estudo e, por inerência, com a questão PICO.
- Data de publicação entre 21/07/2005 e 2/07/2015
- De acordo com a temática os descritores selecionados foram os seguintes:  
*“Attachment” AND “Adolescent Mothers” OR “Adolescent Motherhood”*

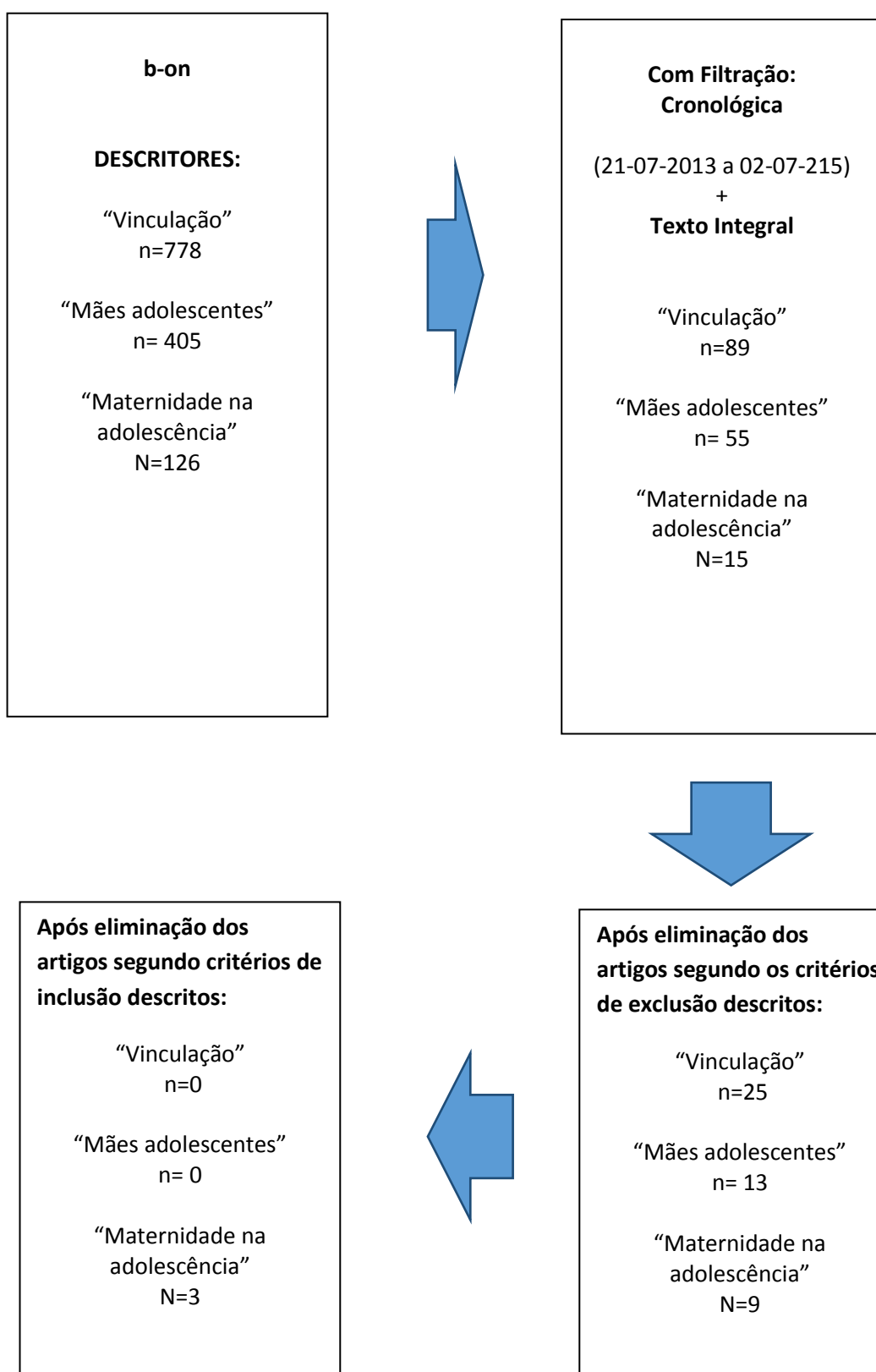
Os critérios de exclusão foram:

- Ausência de concordância com o objeto de estudo (considerando título e abstract dos artigos)
- Repetição nas cinco bases de dados

## 2.2. Revisão sistemática da literatura: processo de pesquisa







### **2.3. Método de análise e síntese dos dados**

Os artigos selecionados através da pesquisa supra citada, foram analisados e os seus resultados apresentam-se na grelha no apêndice I.

### **2.4. Análise da experiência prática**

Pretendeu-se, não só ao longo do ensino clínico no âmbito da sala de partos, mas em todos os outros decorrentes do presente curso de mestrado, reunir informação, tendo por base as diferentes interações informais com grávidas e/ou puérperas adolescentes, cuja análise do conteúdo possa ser pertinente para a resposta à questão de partida colocada.

A análise e comparação da informação adquirida com os resultados obtidos através da revisão sistemática de literatura será o alicerce para fundamentar as conclusões presentes neste relatório.

Seguidamente será apresentada uma breve caracterização das utentes com as quais interagimos nos nossos cuidados de modo a contextualizar a informação obtida, para posterior análise.

#### **2.4.1. Caracterização dos participantes**

As participantes deste trabalho foram adolescentes a quem foram prestados cuidados de enfermagem especializados durante o ensino clínico Estágio com Relatório. No que diz respeito ao número de participantes, este fez um total de quatro adolescentes.

Foram realizados partos eutócicos a cada uma destas adolescentes. No que diz respeito às idades, uma adolescente de 15 anos, duas com 16 anos e uma com 19 anos, as idades gestacionais compreenderam-se entre as 37 semanas e 4 dias e as 40 semanas e 3 dias. Relativamente ao peso dos recém-nascidos, este situou-se entre os 2625 e os 3285 gramas. Quanto ao género, dois do sexo masculino e dois do sexo feminino.

As quatro adolescentes encontravam-se acompanhadas pelo respetivo companheiro, pai do recém-nascido.

#### 2.4.2. Análise reflexiva

Com o trabalho de parto e o nascimento do filho a grávida adolescente vê-se confrontada com a inevitável transição do papel de cuidada para o de cuidadora. Esta transição para a maternidade é um processo dinâmico, nem sempre pacífico, e é dependente de uma multiplicidade de fatores. Um destes fatores, e que assume grande relevância, tem a ver com o desejo ou não da gravidez e a sua aceitação.

Foi constatado que, em dois dos casos as grávidas adolescentes pertenciam à etnia cigana e haviam planeado a gravidez, inserindo-se esta no seu ciclo de vida e encarada de forma natural no seio familiar. Nestes casos, as adolescentes referem-se à maternidade como o atingir de um estado de maturidade e ascensão social, contribuindo para uma visão positiva de si mesma. Ambas referiram viver em casa das sogras, tendo quer o suporte familiar destas quer da sua própria família, a nível económico. No âmbito da comunidade cigana a gravidez na adolescência é encarada como um percurso normal na formação da identidade. Quando questionadas sobre a sua idade, e se não preferiam ser mães numa fase posterior do ciclo da vida, ambas se referiram a isso como um desvio comportamental. Nenhuma destas grávidas concluiu o ensino básico obrigatório, não considerando sequer este aspeto uma coisa pertinente na sua vida, pois o seu papel é cuidar do marido, procriar e garantir a educação dos filhos, cabendo ao progenitor e à sua família a subsistência económica. Ambas referem ainda que na cultura cigana ser mãe significa ser aceite como mulher adulta e o reconhecimento enquanto casal, independentemente da idade destes.

Os ciganos são grupos étnicos, que por variadas razões se encontram localizados em diversos países, transmitindo e enriquecendo a sua cultura. Forçados pela necessidade de sobrevivência e aceitação social, atualmente a maioria da população cigana é semi-sedentária ou mesmo sedentária. O sociólogo Arthur Ivatts (1975), citado por Fernandes (2001) refere que a maior

concentração de comunidades ciganas encontra-se na Europa. Os papéis desempenhados pelos homens e pelas mulheres são bem distintos e demarcados, cabendo aos homens a responsabilidade pelas questões políticas e hierárquicas dos grupos e às mulheres a responsabilidade de cuidar da família, manter a unidade familiar, criar os filhos e educar as filhas até ao casamento (Fernandes, 2001).

Jongenelen, I. (2006) conclui uma preponderância de mães adolescentes com uma organização de vinculação insegura associada à distribuição obtida em pesquisas com mães de nível socioeconómico baixo. Apesar da comunidade cigana apresentar um nível socioeconómico baixo, esta associação não poderá ser feita, uma vez que a maternidade na adolescência é encarada como um comportamento normativo na cultura. Sendo um processo esperado, tal como conclui Maxwell (2011) para estas mães a experiência da maternidade funciona como um processo positivo e reparador.

Apesar dos fatores culturais já referidos na etnia cigana, não podemos descurar as conclusões de Dias (2013), onde conclui que tanto jovens gestantes, como não gestantes pensam na maternidade como um acontecimento positivo, em que o desejo de ser mãe é influenciado pelas expectativas sociais, sendo o casamento baseado no amor e na divisão de responsabilidades, indo estas conclusões ao encontro do verbalizado pelas duas adolescentes de etnia cigana.

Uma outra das adolescentes teve uma gravidez não planeada mas posteriormente aceite pela própria, pelo namorado e família de ambos. Esta adolescente referiu que a gravidez foi encarada como um problema, por parte dos seus pais, tendo estes ficado em choque, manifestando a sua impotência quanto à prevenção da gravidez, referindo mesmo terem falhado no seu papel de pais. A adolescente refere que a aceitação da gravidez por parte do namorado e da família deste contribui para um conformismo por parte dos seus pais, tendo melhorado o relacionamento familiar até ao momento. A adolescente refere que até então o seu relacionamento com o pai estava longe do ideal, e com a aceitação da gravidez este passou a considerá-la como uma

adulta, contribuindo a gravidez para o desenvolvimento familiar, apesar de inicialmente ter sido considerado como um evento indesejado.

A não-aceitação da gravidez por parte dos pais na fase inicial, foi um fator desestabilizador para esta adolescente, referindo que só o namorado e a respetiva família lhe deram motivação e força para enfrentar a situação, tendo muitas vezes ponderado o suicídio. Contudo com o passar do tempo e aceitação por parte dos seus pais, a gravidez deixou de ser encarada como um problema e passou a ser uma oportunidade de desenvolvimento e crescimento. A adolescente considera ter neste momento uma boa rede de suporte familiar para criar e educar o recém-nascido, tendo os receios naturais desta fase da maternidade, como julga ser comum a qualquer mãe independentemente da idade. Estas manifestações da adolescente vão ao encontro com o concluído por Maxwell (2011), que refere que a maternidade ajuda a construir uma visão positiva sobre si mesma mas que também a expõe a vulnerabilidade, sendo o meio exterior necessário, mas ao mesmo tempo perturbador.

Madigan (2007) conclui que os problemas maternos estão significativamente associados a problemas não resolvidos de vinculação, não conseguindo as mães projetar nos seus filhos a vinculação que não têm. No discurso desta adolescente foi possível concluir que o momento da aceitação da gravidez por parte dos seus pais, foi um fator determinante para a sua própria aceitação da gravidez, sendo a vinculação desta aos seus pais a ponte para a sua própria vinculação ao seu filho.

No caso desta adolescente, a aceitação da gravidez por parte do namorado e o desejo de constituir família com a mesma, vai ao encontro das conclusões de Dias (2013) que refere que para as adolescentes gestantes, a maternidade não está necessariamente associada ao estabelecimento de uma relação estável, sendo que este fenómeno pode, inclusive, motivar o casamento e a formação de uma nova família.

Rossetto (2014) verificou a prevalência de sofrimento psíquico intenso em 32,6% da amostra do seu estudo, estando associada a baixa classe social, ao mau relacionamento com a mãe, à não-aceitação da gestação pelo parceiro e à falta de apoio familiar. É evidente a presença de sentimentos de sofrimento

no discurso da adolescente até ao momento de aceitação da gravidez por parte dos seus pais.

No outro caso, a adolescente ao ser confrontada com a gravidez foi abandonada pela mãe e encontrava-se institucionalizada. O pai do bebé visitava-a regularmente na instituição, estando este ainda a viver em casa dos seus pais, mas referindo ter abandonado a escola recentemente para iniciar a sua vida profissional ativa de modo a poder viver com a adolescente e bebé, de forma independente das famílias de ambos. Esta adolescente refere que a gravidez não foi planeada, encarando-a ainda como um problema económico, uma vez que depende financeiramente da família do progenitor. Apesar destes aceitarem a gravidez, as suas condições económicas são bastante reduzidas, tendo a adolescente necessidade de recorrer a uma instituição de apoio. A rede de apoio fornecida na instituição onde se encontra tem sido fundamental, uma vez que foi realizado todo o acompanhamento pré-natal. A adolescente refere ainda que o convívio com outras adolescentes em situações semelhantes à sua tem sido pertinente, pelo apoio mútuo. Apesar de aceitar a gravidez esta adolescente não manifesta sentimentos de segurança relativos à sua aptidão enquanto mãe. As manifestações da mesma, permitem concordar com Long (2009) que conclui que mães adolescentes tem mais fatores de risco e *stress* em comparação com mães mais velhas, representando estes fatores de *stress* um potencial aumento para a vinculação desorganizada podendo ter resultados negativos nas crianças. Sendo imperativo desenvolver estratégias eficazes de intervenção que permitam reforçar os resultados quer das crianças quer das mães adolescentes.

Maxwell (2011) conclui ainda que as mães adolescentes que passaram algum tempo em instituições apresentam um risco de serem confrontadas com sentimentos de rejeição e de abandono devido à sua própria experiência, sendo a experiência de maternidade destas mães dinâmica entre o ideal e a realidade, podendo ajudar a construir uma visão positiva sobre si própria mas também expondo-se a vulnerabilidades. Estas mães tendem a identificar-se com os filhos e simultaneamente a vivenciar um sentimento de que o filho tomou conta da sua vida.

Penna (2012) conclui que ser mãe durante a adolescência é uma experiência ambivalente para as adolescentes institucionalizadas, e que apesar das dificuldades que ainda existem, a instituição é descrita como um ambiente favorável para as ajudar a construir uma imagem saudável da maternidade. É um facto que foi a gravidez que levou a adolescente em questão a recorrer à instituição, no entanto, tal como a mesma referiu, tem sido o apoio fornecido pela instituição que lhe permite a vigilância adequada da gravidez, contribuindo deste modo a viver a gravidez de forma positiva.

Conforme nas já referidas conclusões de Madigan (2007), também no caso desta adolescente se pode considerar que os problemas maternos estejam associados a problemas não resolvidos de vinculação, não conseguindo projetar no seu filho a vinculação que não teve. A presença de sentimentos de apego desorganizados referidos é evidente no discurso desta adolescente, quando fala da rejeição da mãe após a notícia da gravidez. O conflito existente entre a adolescente e a sua mãe revela-se um fator de *stress* que poderá aumentar o potencial de vinculação desorganizada, que poderá ter resultados negativos com o seu filho, (Long, 2009).

É pertinente realçar o facto de que em todos os casos de grávidas adolescentes encontrados durante a realização deste trabalho, estas mantinham uma relação estável com o pai do bebé, sendo este o convivente significativo durante o processo de trabalho de parto e nascimento, tornando-se evidente no discurso de todas a cumplicidade e a ansiedade relativamente ao nascimento dos seus bebés.

### 3. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

#### 3.1. Competências gerais

O Ensino Clínico em questão desenvolveu-se no Bloco de Partos (sala de partos e serviço de urgência de obstetrícia e ginecologia) de um Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado (HAPD) de Lisboa, tendo sido desenvolvidas as competências definidas pela OE (2010). O enfermeiro não edifica os seus conhecimentos apenas a partir dos estudos académicos, mas sim, através destes aliados à experiência prática, construindo assim um conjunto de esquemas de pensamento e de ação.

O Ensino Clínico veio permitir a aprendizagem em ambiente de trabalho, um contexto que permitiu relacionar não só a teoria com a prática, como também recorrer a saberes éticos e culturais.

Costa e Silva (2003, p.38) refere que a formação consiste na *“atividade desenvolvida com o objetivo de conferir ao sujeito uma competência que é, por um lado, precisa e limitada e, por outro lado predeterminada, ou seja, o seu uso é previsto desde o começo.”* A formação insere-se no âmbito da necessidade, na qual está intrínseco um objetivo de adaptação, visando ultrapassar algum tipo de lacuna, nomeadamente capacidades e competências profissionais e culturais.

Nos dias de hoje não se pode dissociar ao processo de formação o ato de refletir, que tende a ser muito valorizado para o desenvolvimento da formação da própria pessoa, quer seja no contexto biopsicossocial, sendo que o indivíduo forma-se no processo da sua própria formação. Deste modo é evidente que o processo formativo ocorre também através da atividade reflexiva, e é um processo constante ao longo da vida.

Relativamente à enfermagem, é essencial o uso dos modelos reflexivos, uma vez que os mesmos são mediadores entre a teoria e a prática. Alarcão, I. (1996, p.16), afirma que: *“Uma prática reflexiva leva à (re) construção de saberes, atenua a separação entre a teoria e a prática e assenta na construção*



*de uma circularidade em que a teoria ilumina a prática e a prática questiona a teoria.”*

Gonçalves, *et al*, (2005), considera que o indivíduo deve ser o agente principal da sua formação através da compreensão crítica do mundo, da consciência de si, do meio que o envolve, da cultura, na constante procura de *aprender a aprender*.

Bártolo (2007) considera que um individuo é considerado competente na sua profissão quando consegue atuar num contexto de complexidade. Para que a sua “atuação” seja considerada competente é pertinente que sejam estabelecidos objetivos e modos de atuação. Acrescenta ainda que a competência significa a capacidade de saber agir com pertinência, saber mobilizar os conhecimentos em contexto profissional, integrando ou combinando saberes múltiplos e heterogéneos, saber transpor, saber aprender e aprender a aprender e, por fim, mas não menos importante, saber envolver-se.

Costa e Silva (2003) aborda três vertentes das competências, a vertente do saber, que considera os conhecimentos específicos, a vertente do saber ser e saber tornar-se, ou seja as relações interpessoais, a auto perceção, a motivação e as expetativas, e a vertente do fazer, ou seja o desempenho profissional e atitudes.

As competências apresentam três domínios, segundo Costa e Silva (2003), o domínio das competências científicas, que implica o conhecimento científico e o domínio dos conteúdos, o domínio das competências pedagógicas que se refere ao saber operacionalizar os conhecimentos, e o domínio das competências sociais, diretamente relacionado com o desenvolvimento intra e interpessoal, com o saber ser, saber relacionar-se, saber comunicar, saber partilhar, numa perspetiva de desenvolvimento pessoal. Neste sentido salienta-se a importância da aquisição de competências por parte dos enfermeiros para que deste modo exista uma prestação de cuidados de excelência e para que o profissional seja considerado como aquele que sabe inovar mais do que para quem o “*saber se tornou rotina*” (Bártolo, 2007).

Na enfermagem a formação surge muitas vezes da necessidade de aprender para melhorar a competência profissional, conforme refere Moreira (2006). Ao longo do seu processo de formação, na aquisição de novas competências, os enfermeiros vivenciam diversas transições, quer a nível educacional quer a nível profissional, estas transições inserem-se nas transições situacionais abordadas por Meleis (2010), que considera que as transições situacionais implicam a definição e redefinição de novos papéis, novas identidades, reestruturação das relações, aquisição de novos conhecimentos, desenvolvimento de novas habilidades perícias, bem como o alcance de novas competências.

Na construção da sua identidade profissional o enfermeiro sente necessidade de formação. Desta necessidade e dada a experiência profissional da mestranda ser totalmente no âmbito da saúde materna, resultou a sua progressão de enfermeira de cuidados gerais para enfermeira especialista. Esta progressão na formação implica a aquisição de um conjunto de competências num determinado contexto interventivo. A OE (2010) define no âmbito da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia um conjunto de competências a adquirir e a desenvolver, direcionadas ao benefício da Mulher no âmbito do seu ciclo reprodutivo, considerando a sua perspetiva individual como pessoa no seu todo, as suas inter-relações com os conviventes significativos e com o ambiente onde vive e se desenvolve, atendendo a todas as dinâmicas que este inclui.

Benner (2001) menciona que o contacto direto entre os enfermeiros e as pessoas alvo das suas ações permite o desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais, que são alicerces fundamentais para o estabelecimento da relação terapêutica entre o cuidador e as pessoas aos seus cuidados, bem como os familiares destas. É ainda no contexto de trabalho que o enfermeiro se confronta com a realidade da limitação de recursos, frequentemente longe dos ideais, tendo necessidade de adquirir e desenvolver ferramentas de improviso de modo a responder eficientemente às necessidades dos seus clientes. Neste sentido, o contexto do Ensino Clínico é o local privilegiado para a aquisição e desenvolvimento de competências pela experiência.

De acordo com Bártolo (2007), as competências são vistas como a capacidade individual e reconhecida que o indivíduo possui, para aplicar um conjunto de saber – fazer, aptidões, qualificações ou conhecimentos, que possibilitem o cumprimento dos requisitos profissionais exigidos nas situações de trabalho em evolução. O conceito de competências é encarado como uma unidade bipolar, ou seja, esta só poderá ser compreendida em relação ao sujeito e ao contexto no qual este se insere, isto é, a competência é realizada na ação. A competência reside na mobilização dos recursos pelo indivíduo, Bártolo (2007) considera a produção de competências como sendo dependentes de um determinado contexto e projeto de ação. Estas são definidas como um processo que assume várias dimensões, tanto individuais como coletivas em simultâneo. Nesta perspetiva, para que seja possível a aquisição e o desenvolvimento das competências referidas pressupõe-se o desenvolvimento de atividades, tendo estas também sido definidas pelo Colégio da Especialidade da OE (2010), e pela International Confederation of Midwives (2011).

A presença de um agente de aprendizagem é fundamental no processo de formação, neste âmbito, o Ensino Clínico foi desenvolvido com a permanente supervisão de um enfermeiro experiente na área, cujo papel, de esclarecimento de dúvidas, acompanhamento, demonstração prática, suporte foi fundamental no processo de transição de aprendizagem. Benner (2001, p.170) reafirma esta questão, *“uma disciplina clínica necessita de pessoas peritas para modelar as transições dinâmicas entre o conhecimento pessoal e a situação clínica”*.

Deste modo, tendo em conta o descrito relativamente à importância da formação, pretende-se desenvolver a análise das competências específicas do EEESMO, durante o Ensino Clínico, que incidiu nas seguintes áreas de intervenção, período pré-natal, trabalho de parto e puerpério imediato.

De seguida será realizada uma análise de cada uma das competências que se desenvolveu no Ensino Clínico, nomeadamente a 2, 3 e 4 do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica da Ordem dos

Enfermeiros, e 4, 5 e 6 das competências definidas pela International Confederation of Midwives (IMC, 2013). As competências da OE e da IMC serão analisadas em simultâneo, tendo em conta a semelhança entre as atividades preconizadas para o desenvolvimento das mesmas. Cada uma das competências analisadas será apresentada com o respetivo descritivo.

No âmbito da temática abordada no presente relatório, será ainda realizada uma análise da competência específica desenvolvida no ensino clínico.

### 3.1.1. Período pré-natal

Descritivo (OE, 2010): *Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal.*

No que diz respeito ao período pré-natal, os ensinamentos clínicos, Cuidados de Saúde Primários, Cuidados à grávida/casal em Situação de Risco Materno-Fetal, realizados anteriormente, permitiram um maior campo de ação para o desenvolvimento das atividades correspondentes. No entanto, uma vez que o Ensino Clínico em questão também foi desenvolvido no Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia (SUOG), e que não foram raras as situações de grávidas/ casal internados no Bloco de Partos, em situações de vigilância, existiram diversas oportunidades de desenvolver atividades no período pré-natal.

A maioria das intervenções no âmbito da promoção da saúde pré-natal teve por base a orientação e partilha de informação no que diz respeito a hábitos de vida saudáveis. Em todos os contactos com grávidas/ casais, houve a preocupação e o cuidado da utilização de uma linguagem clara e objetiva, validando sempre a compreensão da informação partilhada. O contexto de trabalho no SUOG representou uma mais-valia devido à multiplicidade de situações que levam as utentes a recorrer ao mesmo.

Em Portugal, tendo por base o despacho n.º 18 459/2006 do Ministério da Saúde, todos os Serviços de Urgência devem utilizar um sistema de triagem

de prioridades. O SUOG onde decorreu o Ensino Clínico, não é exceção, sendo a triagem realizada através de um programa informático, ALERT®, baseado no Sistema de Triagem de Manchester. Esta triagem é realizada por EEESMO, sendo a mesma focada nos sinais e sintomas apresentados e não em diagnósticos. Para a realização das triagens de modo a assegurar uma tomada de decisão e atuação adequadas, foi necessária a aquisição prévia de determinadas competências, no que diz respeito à capacidade de escuta, observação, anamnese e mobilização de conhecimentos.

É frequente surgirem situações consideradas não urgentes, como utentes que pretendem apenas realizar o diagnóstico de gravidez, procuram realizar vigilância ginecológica, ou situações de outros âmbitos, como urologia, entre muitas outras.

Um grande número de grávidas que recorrem ao SUOG apresenta alterações da sua saúde ou é encaminhada pelo seu médico assistente para a avaliação do bem-estar materno-fetal. As atividades desenvolvidas basearam-se na observação e validação dos sinais e sintomas verbalizados pela grávida como desviantes da normalidade. A identificação de diversos sinais e sintomas permite identificar possíveis desvios da gravidez fisiológica, sinais e sintomas como diminuição dos movimentos fetais, dor, contratilidade, alteração da visão, perdas hemáticas via vaginal entre outros.

A recolha de informações é realizada através de entrevista à grávida, consulta do boletim saúde da grávida, consulta de eventuais exames complementares de diagnóstico. As situações de compromisso materno-fetal mais frequentes no SUOG são hemorragias vaginais, pré-eclampsia, colestase gravídica, ameaça de parto pré-termo, aborto em evolução e diminuição dos movimentos fetais. Algumas destas situações constituem momentos de emergência ou urgência.

Esta diversidade de situações veio permitir uma tomada de consciência de que existe uma necessidade de enfermeiros que prestem cuidados especializados e com um elevado grau de qualidade. O enfermeiro necessita ser dotado de competências humanas e relacionais que permitam o estabelecimento de uma relação terapêutica com as pessoas alvo dos seus

cuidados. É necessário que o enfermeiro esteja desperto para a necessidade de prestação de apoio às utentes e familiares, de modo a esclarecer todas as dúvidas e proporcionar o apoio necessário, uma vez que muitas destas pessoas estão a vivenciar momentos dramáticos e geradores de grande sofrimento e *stress*.

No que diz respeito ao desempenho de atividades específicas do EEESMO foi possível dar continuidade a atividades desenvolvidas em ensinos clínicos anteriores, como exame físico da grávida, colheita de dados, cálculo da idade gestacional e da data provável do parto, uma vez que algumas gravidezes não foram vigiadas, auscultação dos batimentos cardíacos fetais através de Doppler, realização e interpretação de cardiotocogramas, avaliação da dilatação do colo do útero, avaliação da integridade das membranas, entre outros. Foi ainda possível fornecer informações pertinentes e desenvolver momentos de educação para a saúde.

O SUOG é o serviço de onde as mulheres são encaminhadas para os serviços de internamento, como Serviço de Ginecologia, Serviço de Medicina Materno-fetal, Serviço de Internamento de Puérperas e recém-nascidos e Bloco de Partos, conforme o diagnóstico em questão. O encaminhamento, bem como a organização do processo clínico são da responsabilidade do enfermeiro especialista, sendo este momento uma nova oportunidade para o desenvolvimento de atividades como, esclarecimento de dúvidas e receios, tornar a vivência o mais positiva possível.

A realização do estágio SUOG durante o Ensino Clínico permitiu o desempenho de atividades inerentes ao EEESMO, desenvolvendo e aprofundando competências específicas pré-existentes. Apenas ao se contactar diretamente com as pessoas se consegue ter perceção de quão vulneráveis podem ser, e da importância que se tem enquanto suporte destas mesmas.

No que diz respeito ao Bloco de Partos, as atividades pré-natais desenvolvidas foram sempre focadas nas necessidades da grávida e do seu acompanhante (uma vez a presença no bloco de partos está limitada a um acompanhante durante o internamento).

As intervenções específicas realizadas neste âmbito, relacionaram-se com a validação de sinais e sintomas de alerta, ajudar a grávida a identificar situações de desvios da normalidade, questionamento sobre possíveis desconfortos da gravidez e informação de medidas para redução dos mesmos, vigilância do bem-estar materno-fetal através da interpretação da monitorização cardiofetal contínua, proporcionar ambiente tranquilo e medidas de conforto, apoio emocional, estratégias de *coping* para detetar possíveis alterações no bem-estar psicológico e diagnóstico precoce de eventual necessidade para encaminhamento diferenciado. Em situações de abortamento, foi possível promover o apoio, perspetivar a promoção da saúde da mulher, procurando orientar e informar sobre alguns cuidados, como a vigilância de saúde, nomeadamente a utilização de métodos de controlo de fecundidade.

A dimensão educativa, o ponto fundamental da saúde pré-natal neste contexto, ao chegar a uma sala de partos, todas as grávidas, mesmo que a sua situação clínica seja apenas para vigilância do bem-estar materno-fetal, trazem expectativas, medos, receios, que se podem manifestar através do elevado grau de ansiedade e dificuldade em gerir as situações. Neste sentido, uma postura de acolhimento por parte do EEESMO contribui de forma significativa para uma vivência positiva deste período. Foi possível constatar esta situação, junto de grávidas/ casais que se sentiam acompanhados, esclarecidos e apoiados, permaneciam mais tranquilos e com maiores recursos para gerir as situações, adotando comportamentos adequados, em relação às grávidas/ casais a quem não era possível dar um acompanhamento idêntico.

O internamento no Bloco de Partos em contexto de vigilância, implica a existência de fatores de alto risco ou de patologia materna pré-existente e/ou obstétrica, que por sua vez, interferem com as angústias da grávida- casal, que implicitamente ficam exponencialmente aumentadas pela existência de complicações, requerendo por parte do EEESMO um maior investimento para lidar com o misto de sentimentos, afetos, mitos e medos que se desenvolveram ao longo de todo o processo de gestação.



### 3.1.2. Trabalho de parto

Descritivo (OE, 2010): *Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina.*

Descritivo (IMC, 2013) *O EEESMO proporciona cuidados de alta qualidade durante o trabalho de parto, culturalmente sensíveis e que conduzam a um nascimento seguro, e identifica e intervém nas situações de emergência, no sentido de maximizar a saúde das mulheres e dos recém-nascidos*

Graça (2010) define o trabalho de parto como um conjunto de fenómenos fisiológicos que conduzem à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior.

Relativamente aos estádios do trabalho de parto, segundo Lowdermilk (2008), estes podem ser divididos em quatro, que implicam cuidados de enfermagem específicos para cada um deles.

O primeiro estágio do trabalho de parto inicia-se com o aparecimento das contrações uterinas regulares e com a dilatação total do colo uterino, deste estágio fazem parte quatro fases: latente, ativa, desaceleração e descida da apresentação. Frequentemente é neste estágio, o momento em que as grávidas são admitidas no bloco de partos. O segundo estágio do trabalho de parto diz respeito ao período expulsivo, ou seja, inicia-se com a dilatação completa do colo uterino e termina com a expulsão do feto. Enquanto o terceiro estágio se refere à dequitação, momento que se inicia após a saída do feto e termina com a expulsão da placenta. O quarto e último estágio de trabalho de parto refere-se ao puerpério imediato, ou seja, inicia-se após a saída da placenta e termina duas horas depois após este momento, correspondendo ao período de recuperação e restabelecimento da hemóstase.

O acolhimento da grávida e acompanhante (pessoa significativa por si escolhida), no bloco de partos, começa pela apresentação do serviço e explicação das normas e funcionamento do mesmo, sendo um momento extremamente importante, para clarificar todas as dúvidas e desmistificar



receios, é pertinente que haja disponibilidade para responder as todas as dúvidas, e demonstração de empatia para que se possa realizar um acolhimento tranquilo e hospitaleiro. O papel do EEESMO deverá ser sempre no sentido de procurar proporcionar e garantir que a experiência do nascimento seja a mais positiva possível, indo sempre ao encontro das expectativas da grávida/casal. Lowdermilk (2008) refere que o modo como o enfermeiro comunica com a mulher durante este primeiro contacto, pode determinar a vivência de uma experiência de nascimento positiva.

Foi possível ao longo do ensino clínico realizar vários acolhimentos de grávidas/casais provenientes do Serviço de Medicina Materno Fetal, tendo sido este momento uma mais-valia na relação estabelecida com as utentes. Fatores que facilitaram este momento, foi a possibilidade de se estar sentada ao mesmo nível que a grávida/ casal, realizando a colheita de dados, consultando o boletim de saúde da grávida e todo o processo clínico validando sempre com a grávida a informação contida, fazendo-a sentir-se ativa no seu processo de saúde, considerando a sua opinião e respondendo às suas questões de modo empático.

O momento do acolhimento na sala de partos é uma excelente oportunidade para se elaborar um plano de cuidados para a condução do trabalho de parto de acordo com o plano de parto da utente.

Durante a elaboração do plano de cuidados houve sempre a preocupação de envolver a grávida/casal no mesmo, numa ótica de parceria, conforme salienta Lowdermilk (2008) o envolvimento da grávida e dos seus familiares ajuda a preservar a sua sensação de controlo, reforça a autoestima, permite a sua participação no nascimento e potencia o seu nível de satisfação.

O processo de admissão da grávida cumpre alguns procedimentos de rotina, como recolha de espólio e entrega do mesmo ao acompanhante, pesquisa de proteinúria e glicosúria ocasionais, autoadministração de laxante de contacto em grávidas que não apresentem rutura de membranas. Todas as grávidas admitidas no bloco de partos mantêm avaliação do bem-estar materno fetal através da cardiotocografia continua. O benefício desta monitorização não reúne consenso entre os autores e não é recomendada pela OMS (1996) como

prática rotineira em parturientes de baixo risco. No entanto, importa salientar que uma grande percentagem das parturientes internadas neste serviço são grávidas de alto risco obstétrico materno e/ou fetal, podendo ser justificável a sua utilização. É realizada punção venosa para colheita de sangue para análises laboratoriais e administração de soroterapia. Apesar de se manter uma prática comum no serviço, alguns destes procedimentos não estão em conformidade com o preconizado pela Direção Geral de Saúde através da subscrição da publicação “Pelo Direito ao Parto Normal – Uma Visão Partilhada”, elaborado em parceria pela OE e APEO (2012). Assim, este documento, no âmbito das práticas promotoras do parto normal, nomeadamente no que se refere à prática clínica, considera que se deve evitar a utilização rotineira de práticas e procedimentos cujo benefício não está demonstrado, como seja na aplicação de clisteres, a restrição de alimentos e água, o confinamento ao leito, a administração de fluidos intra venosos, a algaliação, a posição de litotomia, entre outros. No mesmo sentido, também a OMS (2006) defende que procedimentos como a aplicação de enemas ou a realização de tricotomia apenas devem ser realizados a pedido da mulher.

É ainda no momento da admissão que é pedido à grávida/ casal que apresente o seu plano de parto. Apesar da maioria das grávidas/ casais não apresentarem um plano de parto, foi sempre demonstrada disponibilidade para responder às suas solicitações, expectativas, desejos e dúvidas, de modo a proporcionar atempadamente uma resposta adequada. Neste aspeto o regulamento e as normas da instituição condicionaram algumas das intervenções, não sendo sempre possível responder de forma favorável e positiva ao desejo das grávidas/ casais, como, por exemplo, utilização da bola de Pilates. Contudo apesar de ser normativo no serviço que as grávidas fiquem condicionadas ao leito, alternando entre decúbitos laterais e semi-dorsal, foi possível deambular com muitas delas, acompanhá-las aos sanitários e colaborar com as mesmas nos seus cuidados de higiene e conforto, tal como é defendido pela OMS (2006) e OE / APEO (2012).

Relativamente ao primeiro estágio do trabalho de parto as intervenções realizadas dizem respeito à avaliação física da mulher, que inclui o exame vaginal, avaliação do colo uterino, avaliação da bacia materna, integridade das

membranas, avaliação da estática fetal, avaliação contínua do bem-estar fetal realizada através da observação e interpretação da frequência cardíaca fetal e da atividade uterina, registadas no cardiotocograma. Algumas destas competências já tinham sido desenvolvidas no ensino clínico de medicina materno fetal, outras foram novas aquisições. A realização de monitorização externa e interpretação do cardiotocograma fetal, por este motivo, não se revelou uma dificuldade, tendo sido possível, aprimorar esta competência.

No entanto, uma vez que é uma competência específica dos enfermeiros especialistas (OE, 2009) foi necessário a aprendizagem da técnica de amniotomia e colocação de cateter para monitorização interna da frequência cardíaca fetal, tendo esta técnica sido aprendida sem intercorrências.

Os registos dos dados no partograma relativos à progressão do trabalho de parto e à condição materna e fetal, que permitem identificar alterações ou desvios no trabalho de parto normal, foi também uma das intervenções de enfermagem.

Nesta fase do trabalho de parto, as maiores dificuldades sentidas disseram respeito à avaliação da descida da apresentação e da variedade fetal, contudo, ao longo do ensino clínico estas dificuldades foram progressivamente superadas, tendo havido uma evolução muito positiva no final do ensino clínico.

A maior dificuldade sentida nesta fase do trabalho de parto foi a implementação de técnicas não farmacológicas no alívio/ controlo da dor, devido aos condicionalismos apresentados pelas normas da Instituição. Apesar disso, sempre que possível foram desenvolvidas estratégias que permitiram proporcionar o relaxamento, realizados ensinamentos para o controlo da respiração, que promovem uma oxigenação tecidual e fetal adequadas. Foi ainda incentivado que o acompanhante realizasse massagens à grávida, entre outras sugestões.

A bibliografia disponível refere que a ingestão hídrica não está condicionada no trabalho de parto, porém, na instituição esta não é uma prática comum, fundamentada na necessidade de uma intervenção anestésica de emergência, prevenindo deste modo a aspiração de conteúdo alimentar. Assim

sendo as parturientes apenas podem ingerir cerca de 20 ml de água ou chá com intervalo de duas horas. No entanto, as recomendações da OMS (2006), tendo em conta a evidência disponível, sugerem que podem ser oferecidos líquidos por via oral, em doses moderadas durante o trabalho de parto e parto. As parturientes consideradas de baixo risco, com evolução normal de trabalho de parto e parto, podem ingerir pequenas quantidades de chá, água, e sumos de fruta sem polpa, em volumes não superiores a 100 ml, de 15 em 15 minutos.

Foi ainda possível colaborar com outros profissionais, nomeadamente anestesiólogos, na realização de técnicas farmacológicas de alívio de dor, nomeadamente na analgesia epidural.

Relativamente ao segundo estágio do trabalho de parto, que como já referido anteriormente, período que decorre entre a dilatação completa do colo uterino e a expulsão do feto, as intervenções centraram-se na realização de um parto em ambiente calmo e seguro.

Por questões relacionadas com a instituição, o local onde decorre o primeiro estágio do trabalho de parto (sala de dilatação) é diferente da sala de período expulsivo (sala de parto, também denominada por *box*), havendo necessidade de transferir as parturientes no leito de umas salas para as outras, o que pode comprometer a privacidade e conforto das parturientes.

Todas as técnicas foram sempre realizadas com a supervisão da Enfermeira Orientadora, ocorrendo naturalmente uma autonomia progressiva ao longo do ensino clínico, para a realização das mesmas.

Desde que ocorre a dilatação completa do colo uterino, todos os procedimentos efetuados foram sempre no sentido de orientar a grávida/ casal para a realização de esforços expulsivos eficazes durante a contração uterina, até que se verificasse a descida e coroação da apresentação. Na realização dos esforços expulsivos é frequente que estes sejam realizados em decúbito lateral, a parturiente e o seu acompanhante são elucidados no que diz respeito ao posicionamento a adotar. Existe disponível no serviço um dispositivo para apoio dos pés, adaptáveis às camas de parto, permitindo que a parturiente fique numa posição semi-sentada, sendo os esforços expulsivos facilitados,

pelo que foram utilizados em algumas parturientes, sempre com o seu consentimento. Apesar deste recurso material existir na sala de partos, até então raramente tinham sido utilizados pelos profissionais, tendo a sua utilização gerando alguma polémica entre a equipa multidisciplinar, havendo mesmo uma oposição afirmada por parte de alguns profissionais. No entanto, esta oposição não se tornou um impeditivo à utilização desta prática, uma vez que a bibliografia disponível relativamente à posição da parturiente no período expulsivo apoia de forma positiva as posições verticais, que não só favorecem o conforto da parturiente, como a descida do feto, através da força da gravidade. Torna, ainda as contrações uterinas mais eficazes, reduzindo a incidência de compressão do cordão umbilical, favorecendo o débito cardíaco, assim como a irrigação uteroplacentária e ainda estimulando o Reflexo de Ferguson. Em todas as utilizações do dispositivo para apoio de pés o *feedback* das parturientes foi muito positivo, manifestando a sua satisfação e considerando ser uma mais-valia quando comparado com os esforços realizados em decúbito lateral. Relativamente aos elementos da equipa que se opuseram a esta utilização, estes também puderam comprovar o benefício da utilização dos mesmos.

Ainda neste estágio do trabalho de parto, foram apreendidas e desenvolvidas competências que permitem a assistência e realização de um parto eutócico em ambiente calmo e seguro, nomeadamente na avaliação do períneo e respetiva necessidade ou não de realização de episiotomia, e respetiva episiorrafia, controlo da descida da cabeça fetal, pesquisa de circular cervical, após a expulsão da cabeça do feto, proteção da musculatura perineal durante o parto, utilização de material e vestuário estéril. Sempre que possível foi permitido à parturiente ou ao acompanhante, que procedesse ao corte do cordão umbilical, após a clampagem deste, numa perspetiva de envolvimento no nascimento e promoção da vinculação, realizando-se também algumas manobras de estimulação do recém-nascido, como remoção de secreções da cavidade oral e estimulação tátil, para promover a adequada respiração e adaptação ao meio extrauterino.

No que diz respeito à promoção da vinculação da díade/ tríade, foi sempre questionado o desejo materno da realização de contacto pele a pele e

aleitamento materno na primeira hora de vida. Sendo ainda uma prática pouco frequente neste serviço, o ensino clínico revelou ser um incentivo à mesma no seio da equipa de enfermagem. É frequente que após uma breve apresentação do recém-nascido à mãe este seja levado para uma sala contígua onde se realizam os cuidados imediatos, como limpeza e estimulação, pesar e vestir, administração de vitamina K via intramuscular, profilaxia de infeção ocular, colocação de pulseiras de identificação e eletrónica e só posteriormente o recém-nascido é colocado junto da mãe. A literatura refere que os cuidados podem ser atrasados até 2 horas de vida ou efetuados com o bebé em contacto pele com pele. Exceto em situações de necessidade de cuidados emergentes ao recém-nascido foi possível ao longo do ensino clínico protelar estes procedimentos, implementando assim o contacto precoce pele a pele e o aleitamento materno, conforme vontade das puérperas.

Foi possível desenvolver competências na prestação de cuidados imediatos aos recém-nascidos, tal como preconizado pela ICM e Diretiva Europeia. Nos partos distócicos realizados, quer instrumentais quer cirúrgicos, também foi possível a prestação de cuidados imediatos ao recém-nascido em colaboração com o Neonatologista, providenciando manobras de suporte na adaptação ao meio extrauterino, como aspiração de secreções oral e gástrica, administração de oxigénio por máscara e em alguns casos utilizando ventilação por pressão positiva.

Relativamente ao terceiro estágio de trabalho de parto, que como já referido, se inicia após o nascimento e termina com a expulsão da placenta, foi possível desenvolver competências na realização da dequitação, expulsão da placenta, de forma eficaz e segura. Foram desenvolvidas competências na identificação de sinais de descolamento da placenta, realização de tração controlada do cordão e massagem externa uterina, após os sinais de descolamento da placenta, verificando-se a integridade das membranas placentares de modo a garantir que não houvesse possibilidade de retenção de algum fragmento ou cotilédono acessório. Existe no serviço um protocolo para a administração de oxitocina após a dequitação, tendo sido o mesmo sempre cumprido, embora a literatura refira que amamentar e estar em contacto com o recém-nascido proporcionaram uma fonte de libertação de ocitocina natural e

sem custos. Desenvolveram-se ainda competências na avaliação do globo de segurança de Pinard, perdas hemáticas via vaginal, vigilância de sinais e sintomas de hipotensão materna, de modo a despistar possível hemorragia pós parto, cujo risco está acrescido nos momentos que se seguem à expulsão da placenta.

Foram ainda desenvolvidas competências na avaliação da integridade do canal de parto, para pesquisa e identificação de possíveis traumatismos, lacerações, e realização da respetiva sutura sempre que necessário.

O ensino clínico terminou com 45 partos executados e 57 assistidos.

O quarto estágio de trabalho de parto será abordado na competência seguinte.

### 3.1.3. Período pós-natal

Descritivo (OE, 2010): *Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição à parentalidade.*

Descritivo (IMC, 2013): *O EEESMO providencia cuidados especializados de enfermagem no período pós-parto, os quais compreensivos, de alta qualidade e culturalmente sensíveis; O EEESMO providencia cuidados de alta qualidade ao recém-nascido, para a promoção da sua saúde desde o nascimento até aos dois meses de idade.*

O puerpério imediato, ou quarto estágio de trabalho de parto, como anteriormente citado, é de vital importância no estabelecimento da homeostase, sendo fundamental a vigilância da cliente de modo a prevenir e despistar possíveis complicações, como atonias uterinas. É também um momento privilegiado para se prestar apoio emocional à díade-tríade e se necessário auxiliar na amamentação.

O puerpério propriamente dito, refere-se às seis semanas pós-parto e divide-se em três períodos distintos, o puerpério imediato, as duas primeiras



horas após a dequitação, o puerpério precoce, até ao final da primeira semana, e o puerpério tardio, até ao final da sexta semana.

A puérpera permanece na sala de partos durante o puerpério imediato, após este período e se este decorrer sem intercorrências é transferida juntamente com o recém-nascido para o Serviço de Internamento de Puérperas.

No que diz respeito ao puerpério imediato as intervenções realizadas dizem respeito à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e vigilância de perdas hemáticas via vaginal, vigilância da recuperação pós-anestésica, se foi o caso, e avaliação emocional da puérpera/ casal.

No período de puerpério imediato a puérpera fica em maca, dando continuidade ou iniciando o aleitamento materno, caso esse não tenha acontecido até então, sendo então este momento propício para se realizar apoio à amamentação, demonstrando toda a disponibilidade possível. O início do aleitamento materno exige uma avaliação do bem-estar do recém-nascido, nomeadamente no que se refere aos reflexos de pontos cardeais, sucção e deglutição. A adaptação do recém-nascido ao meio extrauterino implica por parte do EEESMO o desenvolvimento de capacidades necessárias à prestação de cuidados que visem a promoção de um ambiente favorável, para tal, é necessário estar atento à comunicação verbal e não-verbal, através dos gestos, sons e movimentos. De referir ainda a importância da vigilância da eliminação por parte do recém-nascido, quer de urina quer de mecónio.

Ainsworth (1978) refere-se a este período como sendo fundamental para o estabelecimento de distintos padrões de apego, que dependem da sensibilidade materna às necessidades do bebé, assim como da capacidade do bebé em utilizar a mãe como base segura, a partir da qual explora o mundo e para onde retorna em situação de perigo ou angústia. A sensibilidade materna, segundo Ainsworth (1978), é a habilidade da mãe em perceber, interpretar e responder de forma adequada e contingente aos sinais do bebé. A mãe muito sensível é bastante atenta aos sinais do recém-nascido e responde-lhes pronta e apropriadamente, sendo que no extremo oposto a mãe insensível, parece agir exclusivamente de acordo com os seus desejos, humores e atividades,



podendo responder aos sinais do bebé, mas fazendo-o com atraso. O EEESMO tem competências para colaborar com a mãe adolescente, a satisfazer não só as suas necessidades neste período, como a colaborar com a mãe na satisfação das necessidades do recém-nascido, ensinando-a a prestar atenção aos sinais do seu bebé, a oferecer um ambiente altamente favorável para que este se sinta confortável e seguro. Pela constante resposta às necessidades físicas e emocionais do recém-nascido, este desenvolve confiança e apego, conduzindo à construção da sua independência, utiliza a curiosidade, pela base segura formada com o seu cuidador, para experimentar o mundo, conforme descrito nos estudos de Ainsworth (1978).

Em relação à vigilância do estado geral da puérpera, foi possível ainda realizar vigilância do estado hemodinâmico, através da observação física, avaliação de sinais vitais e vigilância das perdas hemáticas, bem como as suas características, avaliação do globo de segurança de Pinard e localização do fundo uterino relativamente à cicatriz umbilical, alimentação e ingestão hídrica e promoção da eliminação vesical, antes da transferência para o serviço de Internamento de Puérperas.

Este período é considerado por alguns autores, como um período de maior vulnerabilidade a intercorrências, tais como: hemorragias, infeções, intercorrências mamárias decorrentes do processo de lactação, e ainda, a depressão puerperal, sendo neste sentido as intervenções realizadas junto das mães adolescentes de extrema importância para uma adequada adaptação à maternidade. No entanto, esta vulnerabilidade a intercorrências não pode permitir que se descure a importância prioritária da visão humanizada de cuidados ao recém-nascido e mãe, deve-se evitar a separação desnecessária desta díade, que pode ser prejudicial ao aleitamento materno, e à própria vinculação entre ambos. Este período é fundamental para a mãe, o EEESMO deve atuar como elemento facilitador oferecendo suporte emocional e segurança à mãe adolescente, contribuindo para a formação do vínculo mãe-bebé.

A transição do meio intra-uterino para o extra-uterino é marcante por inúmeras mudanças para o bebé. O meio intra-uterino proporcionava-lhe um

ambiente aconchegante, em termos de temperatura, luminosidade, sendo os ruídos ouvidos suavemente, não sendo necessário a realização de esforços para o exercício das suas funções vitais. Com o nascimento o bebé vai-se adaptando gradualmente ao meio extra-uterino superando as dificuldades inerentes ao seu desenvolvimento. Esta fase inicial é percursora de apego, é a primeira oportunidade da mãe adolescente para se sensibilizar do seu bebé, sendo de extrema importância o papel do EEESMO na assistência à díade. Este profissional de saúde é uma figura facilitadora ou não deste processo, possibilitando a aproximação precoce entre a mãe adolescente e o seu filho, permitindo assim o estabelecimento do vínculo. Os cuidados devem ser efetivados de modo a que se proporcionem todas as condições para o estabelecimento de um vínculo precoce, deve-se dar prioridade ao aquecimento do recém-nascido, minimizar as perdas de calor deste, através da secagem do corpo e cabelo, proporcionando um ambiente aquecido. É ainda importante que se garanta o contacto visual entre a mãe adolescente e o recém-nascido, se a mãe for a pessoa em maior contacto com o bebé, esta pode oferecer-lhe estímulos, e é também o primeiro objeto atraente que surge no campo visual do bebé, formando-se a base da vida emocional e relacional do bebé. A OMS (1996) alerta para o facto de os cuidados poderem ser prestados mantendo-se e respeitando-se a interação entre mãe e bebé, nomeadamente o contacto pele a pele, processo que favorece o estabelecimento precoce do vínculo. A importância deste contacto intenso e ininterrupto proporciona a receptividade mais precoce da mãe e a sua adaptação, dando continuidade ao vínculo que se iniciou ainda na vida intra-uterina. Outro benefício deste contacto inicial, inclui o facto de a amamentação ocorrer o mais cedo e o estreitamento da atração emocional.

### **3.2. Competência individual desenvolvida – promoção da vinculação entre a mãe adolescente e o recém-nascido**

A maternidade por si só representa um período de transformações, não só para a grávida, como para toda a sua estrutura familiar, que ganha um novo membro, e para o casal que se transforma numa família. O papel de mãe representa na vida da mulher, uma necessidade de agir como prestadora de cuidados. O modo como a mulher experiencia a maternidade tem importantes implicações na interação com o seu filho. Contudo, em grávidas adolescentes, a maternidade representa um facto ainda mais complexo, uma vez que a adolescente que ainda é recetora de cuidados converte-se “apressadamente” numa figura prestadora de cuidados (Prettyman, 2005).

Vários autores têm salientado a importância da interação entre a mãe e o bebé num desenvolvimento saudável. Freud (1911) foi pioneiro nesta temática, ao salientar a importância da relação do bebé com a mãe na formação da sua personalidade. Depois de Freud, muitos outros psicanalistas tem vindo a complementar esta teoria com diversos estudos em várias áreas.

Freud (1911) destacou a importância das experiências infantis reais e imaginárias. Para Freud os conflitos infantis são a base para o desenvolvimento da personalidade do indivíduo. Desde a primeira experiência de satisfação, que se inicia a formação do aparelho psíquico, o qual permite ao indivíduo lidar com situações de tensão, quer sejam de fonte interna (como sede, fome, respiração), quer sejam de fonte externa. As primeiras experiências infantis ocorrem junto da figura materna, sendo deste modo possível compreender a importância da interação mãe-bebé, da qual resultam os primeiros sentimentos de satisfação, como alimentação que alivia a tensão resultante da fome, ou o conforto oferecido pelo contacto pele a pele, ou de insatisfação, pela frustração.

No mesmo sentido em que Freud destacou a importância das relações primárias entre mães e bebés, Spitz (1983) através do conceito de depressão analítica e do efeito da hospitalização, também evidenciou a importância vital da relação mãe-bebé. O bebé privado, parcial ou totalmente dos cuidados da

mãe, ou de uma substituta desta, sofre fortes declínios físicos e psíquicos. Spitz (1983) destacou a importância de um sorriso como desencadeador social, da possibilidade de se diferenciar a mãe de um estranho. Começando desde modo a identificar e valorizar as capacidades do bebé.

Klein (1974) refere que a vida mental do bebé e do adulto seriam uma complexa rede de relações fantasiadas entre o *self* e os outros, tanto no mundo externo como no mundo imaginário dos objetos internos. Para Klein (1974) o bebé passaria por dois momentos que marcariam o seu desenvolvimento, a posição esquizoparanóide e a posição depressiva. Sendo o primeiro período, o que ocorre no primeiro trimestre de vida, onde o bebé vivencia as experiências com a mãe de forma dissociada, olhando para a mãe como “mama boa” ou como “mama má”, pela satisfação ou não da fome. Apenas no segundo período o bebé tem a capacidade de ver a mãe como um todo, com aspetos bons e maus numa mesma pessoa. Assim, passar pela posição depressiva progressivamente é considerado fundamental pela autora para o desenvolvimento psíquico, uma vez que desta passagem depende a capacidade do bebé desenvolver relações com o meio envolvente e com o outro.

A memória é uma estrutura complexa que combina informação sensorial sobre eventos e comportamentos específicos, com interpretações desses eventos e das emoções associadas com essas interpretações, sendo que os incidentes traumáticos mobilizam crenças que geram emoções tão intensas a ponto de serem encaradas como avassaladoras. Freud (1911) refere-se às repressões das memórias e emoções da infância como base para teorias de traumáticas de neurose, supondo que estes incidentes traumáticos de infância, fiquem armazenados na memória, que foi reprimida, podendo ser posteriormente, na adolescência ou vida adulta, ser reativados.

No âmbito das memórias, Bowlby (1969), aborda a vinculação como “capacidade filogeneticamente programada” de um sujeito ao conectar-se com outro, privilegiando a capacidade de desenvolvimento de vínculos com os seus cuidadores, responsáveis pela sua higiene, alimentação, abrigo, proteção, suporte e educação. Neste caso, Guedeney, A. e Guedeney, N. (2004) definem

as figuras de cuidadores ou figuras vinculativas, por qualquer pessoa que canalize o seu comportamento vincutivo e que promova a interação social de forma ativa e duradora, respondendo aos sinais e pedidos de atenção da criança, não sendo neste caso necessariamente os pais. Bowlby (1969) refere que na infância estes comportamentos vinculativos, por norma são dirigidos aos progenitores, em especial, à mãe, com o intuito de conservar a proximidade e a segurança que a criança necessita.

Mahler (1982) destaca as relações precoces da díade mãe-bebé, afirmando que é na “unidade dual de simbiose” entre mãe e filho que se baseiam as experiências que iram determinar a base de uma individualização, através dos movimentos progressivos de separação. Os estudos de Mahler (1982) tiveram um papel pertinente no desenvolvimento da teoria de que o *self* do bebé está profundamente marcado pelas interações mãe-filho.

Winnicott (1988) foi outro autor psicanalítico com um contributo importante nos estudos da relação mãe-bebé. Winnicott identificou que cuidados maternos ineficientes, mais especificamente na falha em se oferecer um ambiente facilitador e no saber retirá-lo gradualmente, representam um debilitante no desenvolvimento emocional do bebé. O conceito de *holding* foi elaborado a partir do comportamento materno como instrumento e no funcionamento psíquico da mãe como disposição básica.

O papel da interação mãe-bebé para o desenvolvimento emocional saudável do bebé, foi particularmente estudado por Bowlby (1989), onde o autor introduziu a teoria do Apego/ Vinculação, desenvolvida a partir da tradição psicanalítica das relações objetais. Contudo Bowlby baseou-se também em conceitos da teoria da evolução, etologia, teoria do controle e psicologia cognitiva. Na teoria da vinculação é enfatizado o *status* primário e a função biológica dos laços emocionais entre os indivíduos. Bowlby não se restringiu a estudar as experiências de gratificação e frustração, contemplou também a análise dos pormenores nas interações entre mãe e bebé, através do olhar, da voz, do toque, entre outros.

Bowlby (1989) e outros autores como Brazelton (1988) e Stern (1997) destacaram o facto de existir comunicação por parte de duas pessoas através

da interação, trazendo uma nova imagem do bebé, que também se relaciona através dos seus comportamentos interativos. Vários autores mostraram a importância da relação entre mãe-filho resultante da falta de cuidados maternos em situações de guerra ou quando estes eram colocados em instituições (Brazelton e Cramer 1992).

Bowlby (1989) postulou que a interação entre a mãe e o bebé não era apenas baseada na gratificação oral ou na redução da tensão. A relação entre ambos envolvia mais que a simples satisfação das necessidades fisiológicas, a vinculação iria desenvolver-se desde o nascimento até a criança atingir aproximadamente um ano de vida. Desde o nascimento que o bebé tem a capacidade de interagir socialmente e sente prazer em fazê-lo, (Stern, 1997). O desenvolvimento de comportamentos de vinculação resulta de um sistema organizado com o objeto de manutenção de proximidade a uma figura materna, requerendo que o bebé desenvolva uma capacidade cognitiva capaz de representar a figura da mãe e distingui-la das outras figuras. Neste sentido o bebé desenvolve um modelo funcional de si mesmo em interação com a mãe. Para Bowlby (1989) a presença de um sistema de controlo de comportamento de vinculação e a sua ligação com os modelos funcionais do *self* e da figura de vinculação, que são elaborados durante a infância, são considerados como o traço central do funcionamento da personalidade durante toda a vida.

Acresce ainda que o modo como os pais tratam o bebé também tem uma grande influência no modelo de vinculação deste, (Bowlby, 1989), estudos demonstraram que quando a mãe está a vivenciar uma situação adversa, esta pode influenciar o modo como cuida do bebé, representando marcas para o modelo de vinculação desenvolvido pelo bebé. Nesta perspetiva bebés com pais negligentes ou que os rejeitem tendem a desenvolver-se de modo negativo, tornando-se mais vulneráveis sempre que se deparem com situações difíceis.

A partir de Bowlby desenvolveram-se inúmeras pesquisas na observação da interação entre mãe-bebé. As descobertas das capacidades que o bebé apresenta ao nascer impulsionaram as investigações e mudaram o modo como o bebé era encarado. Diversos autores passaram a utilizar

conceitos como reciprocidade e sintonia. Como exemplo, Brazelton (1987) investigou a capacidade do bebé para regular a interação e para demonstrar a importância da reciprocidade, solicitando à mãe que ficasse face a face com o seu bebé e que permanecesse sem reação, com o rosto completamente inexpressivo. A reação do bebé face a esta distorção foi intensa e demonstrou não somente a importância da reciprocidade da interação como também a grande capacidade que o bebé tem de regular as suas demonstrações afetivas, para alcançar os seus objetivos dentro da relação. Neste sentido pode-se concluir que tanto a mãe como o bebé são parceiros ativos nessa interação.

Como já foi citado anteriormente, o período a seguir ao parto é particularmente favorável para o estabelecimento da vinculação entre o recém-nascido e os pais. O parto é considerado por muitos autores como um momento marcante na vida da mulher, caracterizando-se por rápidas e grandes transformações tanto na esfera física, como psíquica como social. Este momento representa também uma transição para o recém-nascido, onde o meio intra-uterino lhe proporcionava um ambiente harmonioso para o seu desenvolvimento, sem necessidade de esforços para a realização das suas funções vitais. Com o nascimento o recém-nascido passa por um progresso gradual de adaptação ao meio extra-uterino, havendo necessidade de superar algumas dificuldades inerentes ao seu desenvolvimento.

No ensino clínico foram realizados 45 partos eutócicos, dos quais 4 parturientes eram adolescentes. Atendendo aos aspetos já referidos neste relatório sobre vinculação e maternidade na adolescência, ao longo do ensino clínico procurou-se sempre a promoção da vinculação entre o recém-nascido e a sua mãe adolescente e pai no pós-parto imediato, implementando intervenções que fomentassem as ligações afetivas entre ambos. Destacam-se intervenções como o contacto demorado pele a pele com a mãe após o parto, a promoção da amamentação na primeira hora de vida, a permanência do recém-nascido junto dos pais durante todo o puerpério imediato e a possibilidade de um dos progenitores proceder ao corte do cordão umbilical. Todas as intervenções foram validadas previamente com os pais, quanto ao seu desejo ou não das realizações das mesmas.



Brandão (2009) salienta a importância do corte do cordão umbilical ser realizado pelo pai, havendo benefícios no envolvimento emocional deste procedimento tanto para a mãe como para o recém-nascido. Este momento fomenta a cumplicidade e intimidade entre a tríade, passando o pai a representar também um papel ativo no parto, podendo aumentar a sua confiança para participar em próximos cuidados ao recém-nascido (Brandão, 2009).

Neste sentido, dos quatro partos eutócicos realizados a mães adolescentes, foi possível que duas mães e dois pais tenham procedido ao corte do cordão umbilical.

A primeira hora de vida do recém-nascido é marcada pelo estágio de alerta, sendo uma fase sensível, propicia ao desenvolvimento da vinculação com a mãe ou na impossibilidade desta com o pai.

É fundamental que o momento do parto apresente um ambiente que favoreça a confiança e o conforto da mulher, silencioso, com pouca luz, com o número mínimo possível de profissionais de saúde e na presença do pai, ou outro acompanhante significativo. Quanto mais precoce e de maior duração for a amamentação, maior será o seu sucesso (Luna, 2009). A amamentação na primeira hora de vida diminui o tempo de choro e permite uma melhor estabilidade cardio-respiratória do recém-nascido. No que diz respeito à mãe, esta apresenta menos dor por ingurgitamento mamário e diminui os seus níveis de ansiedade.

Luna (2009), OMS e Unicef (2009) referem que se preconiza para o contacto pele a pele, sem interrupção uma duração entre 60 e um máximo de 120 minutos. Este procedimento é bastante valorizado pelos pais, uma vez que lhes permite explorar e observar o seu recém-nascido, identificar características semelhantes entre si, como a cor do cabelo, o formato dos olhos, as parecenças físicas, entre outros.

Existem vantagens do contacto pele a pele quer para as mães quer para os recém-nascidos. A APEO (2012) salienta que este procedimento estimula a produção de oxitocina materna, fomenta sentimentos de tranquilidade e bem-



estar, permite que o recém-nascido esteja perto da mama da mãe e procure a mama naturalmente, iniciando assim espontaneamente a primeira mamada. A oxitocina promove o aumento da temperatura corporal da mãe, proporcionado ao recém-nascido a temperatura adequada, não sendo necessário vesti-lo, sendo suficiente que este esteja coberto com um pano próprio aquecido. O recém-nascido reconhece a voz e o cheiro da mãe e tende a ficar mais tranquilo neste momento.

Dos quatro partos realizados a adolescentes, foi possível promover o contacto precoce, pele a pele a todos, variando a duração destes entre 30 e 70 minutos. Considera-se 30 minutos aquém do desejado, no entanto esta situação extrapõe-se às competências enquanto estudante de EEESMO, contudo quando questionadas sobre a importância deste momento, todas as adolescentes referiram como muito gratificante e inesquecível. Uma experiência a repetir em próximos partos.

No que diz respeito à amamentação, os “Dez Passos para o Sucesso no Aleitamento Materno” definidos pela OMS/UNICEF resumem as práticas necessárias a serem desenvolvidas nas maternidades, para o apoio ao aleitamento materno, e serviram de base no ensino clínico para a promoção do aleitamento materno. O contacto pele a pele favoreceu muito o aleitamento materno das quatro mães adolescentes. Bowlby (1990) considera que o momento do aleitamento materno imediato é uma oportunidade para a mãe conhecer o seu bebé e vice-versa, um recém-nascido que esteja inteiramente desperto e que tenha os olhos abertos fixará frequentemente o rosto da sua mãe.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A transição para a parentalidade é uma fase de desenvolvimento, na qual o EEESMO tem um papel fundamental. A ordem dos enfermeiros no regulamento nº 127/2011, p. 8664, define que o EEESMO é um profissional que *“assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher”*, neste sentido devemos considerar que além da mobilização de conhecimentos teóricos e a sua aplicação prática, é essencial para que nos tornemos enfermeiros especialistas competentes e com a sensibilidade necessária para nos tornarmos enfermeiros que cuidam. A competência e os cuidados devem ser combinados de modo a que as ações de enfermagem sejam dirigidas não só para as necessidades físicas e psicoemocionais identificadas dos indivíduos, como para as necessidades das suas famílias, num sentido de satisfazer tanto as necessidades fisiológicas e psicossociais no seu contexto biopsicossocial, de modo a podermos afirmar que apresentamos uma abordagem holística.

Para o presente relatório pretendia-se, além do contexto de sala de partos, abranger outros contextos de ensino clínico, as possíveis experiências com grávidas ou mães adolescentes, que pudessem contribuir de forma positiva para a questão de partida colocada, Qual o impacto da maternidade da adolescente na qualidade de vinculação estabelecida com o filho? Contudo estas variáveis não são previsíveis nem plausíveis de controlar, e a amostra de adolescentes nos diversos ensinos clínicos revelou-se muito escassa perante as expectativas iniciais.

Não obstante, foi possível constatar, na prática, diferentes realidades que espelham os conteúdos teóricos explanados. A gravidez e maternidade conduzem a um processo ambivalente de profundas transformações individuais, familiares e sociais. Contudo, na adolescência este processo é ainda mais complexo, uma vez que a adolescente que ainda é recetora de cuidados é “forçada” a converter-se em prestadora de cuidados.

A forma como a mulher experiencia a maternidade vai interferir na interação com o seu filho e depende de uma multiplicidade de fatores. Foi bastante evidente, no contacto com as adolescentes que integraram este estudo, que, existem dois fatores preponderantes para esta vivência, que são o desejo ou não de gravidez e a sua aceitação, e o suporte familiar, tanto por parte do companheiro, como das famílias de ambos. A vinculação da jovem mãe com os seus pais é determinante para o processo de vinculação com o seu filho, modelando o seu papel como cuidadora, o que, por sua vez, condiciona o modelo de vinculação desenvolvido pelo bebé. Pôde ser constatado que a adolescente institucionalizada mantinha um discurso que revelava mais fragilidade e vulnerabilidade, que o das jovens mães de etnia cigana que vivenciavam a maternidade como algo positivo e promotor da sua auto-estima.

Por outro lado, foi possível identificar momentos em que a intervenção do EEESMO é preponderante para promover o estabelecimento de um modelo de vinculação seguro entre a mãe adolescente e o seu filho, tal como a promoção do contacto pele a pele, o aleitamento materno e o alojamento conjunto, que representam uma oportunidade inestimável para que mãe e bebé se conheçam mutuamente.

A elaboração do presente relatório permitiu a reflexão sobre as atividades e competências desenvolvidas ao longo, não só do ensino clínico, como de todo o processo de formação enquanto futura EEESMO.

Uma vez que este se insere no processo de formação enquanto futura EEESMO importa referir que a formação tem como principal objetivo, segundo Moreira (2006, p.20), a atualização e o aprofundamento de conhecimentos e o aperfeiçoamento da competência profissional. O autor acrescenta ainda que a formação contínua “*é considerada um propósito extensivo à maior parte das profissões como forma de melhorar o nível pessoal de autoestima, o estatuto socioeconómico (...), o sentido de poder (...) e a qualidade dos serviços prestados*”, procurando melhorar a qualificação inicial suscitando evolução.

Visto então que a formação se relaciona intimamente com a prática profissional, esta deve construir-se não pela acumulação de cursos “*mas sim*

*através de todo «um trabalho de reflexividade crítica sobre as práticas e de (re) construção permanente de uma identidade pessoal» ” (Moreira, 2006, p.21), por forma a permitir que o adulto se sinta “mais motivado pelas situações de aprendizagem quando sente que está em vias de produzir o seu próprio saber e valorizar-se quando constata isso na prática, ou seja, quando aplica na prática os saberes por ele produzidos.”.*

A formação promove uma ligação entre a teoria e a prática, através de projetos de investigação, programas de formação, entre outros. Os enfermeiros devem ter conhecimentos que lhes permitam solucionar problemas que advêm do trabalho quotidiano. Para tal torna-se imprescindível que tenham formação o mais completa possível, não só nas áreas científicas e tecnológicas tradicionais da enfermagem, mas também nas áreas das ciências sociais e humanas (Pereira, 1995).

A formação do enfermeiro não pode ser entendida como formação autónoma, deve antes estar intimamente relacionada com os projetos da instituição, apoiando a sua criação, desenvolvimento e implementação (Botelho, 1993). Contudo, o autor acrescenta ainda que a formação constrói-se através de um trabalho de reflexão, de cada indivíduo, sobre as suas práticas e de uma permanente construção da sua identidade pessoal. Salienta-se que a formação só tem sucesso se existir uma reflexão posterior sobre as ações. Neste sentido pretendeu-se com a elaboração do presente relatório o crescimento e desenvolvimento profissional.

É de salientar a influência da Teoria de Afaf Meleis como referência na nossa prática de cuidados e na elaboração do presente relatório, não só no que diz respeito ao processo de transição da mãe adolescente, como no processo de transição da formação enquanto EEESMO. Meleis (2010) aborda as diversas transições que os enfermeiros vivem no seu processo de formação, quer a nível educacional quer a nível profissional, como é o caso da transição/progressão de enfermeiro de cuidados gerais a enfermeiro especialista, no presente caso em saúde materna e obstetrícia. Para tais transições é necessária a definição de novos papéis e aquisição de novas competências, conforme refere Meleis (2010).

Ao longo do ensino clínico foram desenvolvidas diversas competências que permitem a prestação de cuidados de enfermagem especializados à parturiente, recém-nascido e família nos quatro estádios do trabalho de parto. Este ensino clínico permitiu não só adquirir e desenvolver novas competências como aperfeiçoar outras pré-existentes. Para tal foi necessário uma constante interação entre experiência da prática e os conhecimentos teóricos, de salientar ainda a pertinência do papel da enfermeira orientadora, quer na supervisão, quer como agente esclarecedora de dúvidas, acompanhamento, demonstração prática e suporte neste processo de transição de aprendizagem.

O intenso estudo sobre a vinculação e a constante reflexão sobre a prática de cuidados no âmbito da vinculação permitiu a mudança de comportamentos desaforáveis ao estabelecimento da mesma. Considerando a transição para a parentalidade uma fase de desenvolvimento, na ótica de Meleis (2010) compete aos enfermeiros, uma vez que estão tão próximos das famílias, acompanhar e ajudar as famílias neste processo de transição, através de ações terapêuticas de enfermagem, no âmbito da promoção, prevenção e intervenção, de modo a fomentar respostas saudáveis por parte das famílias.

Não sendo um processo imediato e automático, a vinculação materna tem sido referida com um processo gradual de envolvimento afetivo entre a mãe e o recém-nascido, construindo-se também na dependência do desenvolvimento de determinadas competências por parte do recém-nascido. Deste modo o recém-nascido participa na ligação afetiva que a mãe irá ter consigo, não sendo deste modo um processo unidirecional (Figueiredo, 2005). O enfermeiro é um elemento privilegiado na promoção deste vínculo, fornecendo todo o suporte necessário, esclarecendo todas as dúvidas, que possam conduzir a uma adaptação à maternidade positiva. Relativamente às mães adolescentes, estas enfrentam uma dualidade de tarefas, pois estão a tornar-se adultas na procura da sua identidade superando as contingências características da adolescência e ao mesmo tempo prestadoras de cuidados ao recém-nascido, que necessita de ser educado.

Bolwby considera que a relação de vinculação é essencial para a sobrevivência do ser humano, uma pré-condição para todas as interações

humanas significativas e a chave para a segurança psicológica dos indivíduos, (Soares, 2009). À luz desta perspetiva, e considerando ainda o facto das relações de vinculação se mostrarem particularmente críticas no período da adolescência, introduzindo uma nova variável, como a maternidade precoce, conforme refere Canavarro (2001), a maternidade na adolescência reveste-se assim de desafios particulares e específicos a nível da prestação de cuidados.

A adolescente enfrenta um processo de transição caracterizado pela busca de identidade, envolvendo e integrando não só o seu desenvolvimento físico, como psicoemocional, familiar e social próprios da adolescência, perante um filho recém-nascido é como que “introduzida” na vida adulta através das mudanças no modo de ver e enfrentar o mundo. A adolescente vive uma ambiguidade entre ser adolescente, recetora de cuidados, e ao mesmo tempo assumir o papel de adulta, enquanto mãe, prestadora de cuidados. Face a estes desafios o enfermeiro tem um papel fundamental na adaptação à maternidade da adolescente, o enfermeiro necessita estar isento de preconceitos e ter disponibilidade para partilhar e permitir a troca de sentimentos e emoções da mãe adolescente, permitindo que esta esclareça todas as suas dúvidas, e que fale dos seus anseios e preocupações sem receio.

Perante estes aspetos é fundamental que toda a prestação de cuidados seja orientada para uma promoção de vinculação segura, garantir o aleitamento materno o mais precoce possível, o contacto pele a pele, permitir que o pai participe de forma ativa nos cuidados, como cortando o cordão umbilical, promover o alojamento conjunto entre a mãe adolescente e o seu filho recém-nascido, de modo a incentivar e facultar o estabelecimento do vínculo entre estes.

Os desafios colocados à maternidade na adolescência a nível desenvolvimental, pelas novas responsabilidades e ajustes inter e intra pessoais, além das exigências normativas deste período de vida tornam pertinente a investigação nesta área. Conhecendo o papel dos achados na investigação, pode-se considerar que estes permitem identificar aspetos a corrigir ou melhorar na prestação de cuidados, de modo a contribuir de forma

mais positiva no processo de transição e adaptação à maternidade, sobretudo para as mães adolescentes. Neste sentido, pode-se sugerir a realização de estudos futuros no que diz respeito à investigação das necessidades específicas das mães adolescentes, quer no período pré-natal, como durante o parto e o período pós-natal, a fim de que todos os cuidados de enfermagem prestados sejam no sentido de potenciar uma adequada transição para a maternidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I.; (1996) *Formação Reflexiva de Professores – Estratégias de Supervisão*; Porto; Porto Editora; Vol. I.
- APEO/OE (2012). *Pelo direito ao Parto Normal: uma visão partilhada*. Lisboa.
- Ainsworth, M., B., M., W, E., & W., S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale: Erlbaum.
- Bártolo, E. (2007) – *Formação em Contexto de Trabalho no Ambiente Hospitalar*, Lisboa, Climepsi editores.
- Botelho, J. R. (1996) – *A Formação Profissional Contínua do Enfermeiro*. Universidade de Lisboa – Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Tese de mestrado, Lisboa;
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment*. London: Basic Books (edição revista, 1982).
- Bowlby, J. (2002). *Attachment and loss: Separation*. London: Basic Books (edição revista, 1985).
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Loss, sadness and depression*. London: Basic Books.
- Brandão, S. M. P. A. (2009) – *Envolvimento Emocional do Pai com o Bebê: impacto da Experiência de Parto*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Porto.



- Canavarro, M. C., & Pereira, A. I. (2001). Gravidez e maternidade na adolescência: perspectivas teóricas. In M. C. Canavarro (Coord.), *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e maternidade – representações e tarefas de desenvolvimento. In M. C. Canavarro (Coord.), *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Colman, L., & Colman, A. (1994). *Gravidez: a experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Costa e Silva, A.M. (2003). *Formação, percursos e identidades*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Dias, A. G., & Teixeira, M. A. P. (2010). *Gravidez na Adolescência: Um olhar sobre o fenómeno complexo*. Revisão crítica de literatura, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, porto Alegre-RS, Brasil.
- Eriskson, E.H. (1976). *Identidade, juventude e crise*. (A. Cabral, trad). Rio de Janeiro: Zahar (Original publicado em 1968 – *Identity: youth and crises*. New tourk: Norton).
- Farinha, R. M., & Afonso, C. S. (2009). *Gravidez na adolescência: crise, resposta familiar e bem-estar emocional*. Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Dissertação de mestrado, Lisboa.
- Ferreira, M., & Nelas, P. B. (2006). *Adolescências...adolescentes...Millenium on.line – Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu*. Recuperado em 2013, Junho 15, de <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium32/11.pdf>

- FERNANDES, J.J. S. (2001). *O doente de Etnia Cigana: Uma visão dos enfermeiros. Portugal*; Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Figueiredo, B. (2005) – Bonding pais-bebé. *In: LEAL, Isabel – Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Lisboa: Fim de Século.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1984/1985). *Adult attachment interview*. Manuscrito não publicado. University of California at Berkeley, EUA.
- Gonçalves, I. et al; (2005). *Desenvolvimento de Competências na Formação dos Enfermeiros*; in SÁ-CHAVES, I – Os “Portfólios” Reflexivos (Também) Trazem Gente Dentro – Reflexões em torno do seu uso na Humanização dos Processos Educativos; Lisboa; Porto Editora; Coleção CIDINE; nº17;
- Graça, L.M., (2010). *Medicina Materno-Fetal*. 4ª Edição atualizada e Aumentada, Lisboa; Lidel Editora.
- Guedeney, A., Guedeney, N. (2004) *Vinculação – Conceitos e Aplicações*. 2ª Edição, Lisboa; Climepsi Editores;
- International Confederation of Midwives. (2013). *Essential Competencies for Basic Midwifery Practice*. ICM.
- Jongenelen, I., & Soares, I. (1999). Abordagem desenvolvimental da gravidez na adolescência. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*.
- Jongenelen, I. (2004). *Vinculação em mães adolescentes e seus bebês: Da matriz contextual à matriz relacional*, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Dissertação de doutoramento não publicada, Braga.

- Jongenelen, I., Soares, I., Grossmann, K., & Martins, C. (2006). Vinculação em mães adolescentes e seus bebês. *Psicologia: Revista da Associação Portuguesa Psicologia*, vol.20.
- Lowdermilk, D., Perry, Shannon (2008) – *Enfermagem na maternidade*. 7ª ed. Loures: Lusodidacta.
- Luna, M.S., Alonso, C.R.P., Mussons, F.B., Urcelay, I.E., Conde, J.R.C., & Narbona, E. (2009). *Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento*. Asociación Española de Pedriatria 71, consultado a 11 de Agosto de 2014 In <http://www.llevadores.cat>
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for classifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M. Greenberg, D. Cicchetti & E. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention*. Chicago: Chicago University Press.
- Mendes, T. (2006). *Mães adolescentes: Adaptação à maternidade, identidade e vinculação*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Meins, E., Fernyhough, C., Fradley, E., & Tuckey, M. (2001). Rethinking maternal sensitivity: Mother's comments on infants' mental processes predict security of attachment at 12 months. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.
- Meleis, Afaf Ibrahim (2010) – *Transitions Theory Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.

- Meleis, A. I., Schumacher, K. L. (2010) – *A transitions: a Central Concept in Nursing*. In: MELEIS, Afaf Ibrahim – *Transitions Theory Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Moreira, I. (2006). – *As crenças de auto-eficácia nos papéis de vida, as necessidades motivacionais e a formação contínua dos enfermeiros*. Universidade de Lisboa – Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Lisboa.
- Monticelli M. (1997). *Nascimento: Como um rito de passagem: abordagem cultural para o cuidado às mulheres e recém-nascidos*. S. Paulo Robe Editorial.
- Muuss, R. (1976). *Teorias da adolescência*. Belo Horizonte. Interlivros.
- Ordem dos Enfermeiros – Caderno temático – Modelo de desenvolvimento profissional – *Perfil de Competências comuns e específicas das Especialidades Clínicas em Enfermagem*. Lisboa: OE, 2009. In <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematicos2.pdf> Consultado a 30 de junho de 2013.
- Ordem dos Enfermeiros – Caderno temático – Modelo de desenvolvimento profissional – *Fundamentos, processo e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências*. Lisboa: OE, 2010. In <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematicos1.pdf> Consultado a 30 de junho de 2013.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. In <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Reg>

[ulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica\\_ aprovadoAG20Nov2010.pdf](#) consultado a 30 de Junho de 2013

- Organização Mundial de Saúde (1996). *Assistência ao Parto Normal: um guia prático*. Génova
- Oliveira, R.C. (2008) *Adolescência, gravidez e maternidade: a percepção de si e a relação com o trabalho*. Saúde e Sociedade;
- Pereira, A. I. L. F. (2001). *Contextos relacionais de vulnerabilidade e protecção para a gravidez na adolescência*. Universidade de Coimbra, Dissertação de Mestrado, Coimbra.
- Pereira, A. I. F., Canavarro, M. C., Cardoso, M. F., & Mendonça, D. (2005). Relational factors of vulnerability and protection for adolescent pregnancy: A cross-sectional comparative study of Portuguese pregnant and nonpregnant adolescent of low socioeconomic status. *Adolescence*.
- Pereira, H. M. (1995) – *Análise das Necessidades e Modelos de Formação Contínua dos Docentes de Enfermagem*. Porto: Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Prettyman, S. (2005) “*We ain’t no dogs*”: teenage mothers (re)define themselves. In N. Adams & P. Bettis (eds.) *geographies of girlhood identities in-between*, Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Sá, Eduardo, (2004). *A maternidade e o bebé*. Editora Fim de Século, Lisboa.
- Sadler, L. S. (1987). Adolescent parents. In M. A. Corbett & J. H. Meyer (Eds.), *The adolescent and pregnancy*. Boston: Blackwell Scientific Publications.

- Silva, C. M.C., et al. (2010). *A teoria do cuidado transpessoal na enfermagem análise segundo Meleis*. Niteroi-RJ, Brasil – Cogitare Enfermagem.
- Soares, I. (2002). *A vinculação vinculada*. Lição de síntese para efeitos de provas de agregação, Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, Braga.
- Soares, I. (2009). Desenvolvimento da teoria e da investigação da vinculação. In I. Soares (Coord.), *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: teoria e avaliação*. Braga: Psiquilíbrios Edições
- Soares, I. (2000). Psicopatologia do desenvolvimento e contexto familiar: teoria e investigação sobre as relações de vinculação. In I. Soares (Coord.), *Psicopatologia do desenvolvimento: trajectórias (in) adaptativas ao longo da vida*. Coimbra: Quarteto.
- Soares, I. (2009). Desenvolvimento da teoria e da investigação da vinculação. In I. Soares (Coord.), *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: teoria e avaliação*. Braga: Psiquilíbrios Edições
- World Health Organization (1975). *Meeting on pregnancy and abortion in adolescence* (WHO Technical report Series, 583), Geneva: World Health Organization.

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE I: Método de análise e síntese dos dados**



## Método de análise e síntese dos dados

Os artigos seleccionados através da pesquisa supra citada, foram analisados e os seus resultados apresentam-se na grelha subsequente.

<b>Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Participantes/ Contexto</b>	<b>Intervenção</b>	<b>Método Análise</b>	<b>Achados</b>
Jongenelen, I., Soares, I., Grossmann, K., Martins, C. "Vinculação em mães adolescentes e seus bebês" (2006) Psicologia v.20 N.1 Lisboa, Portugal ISSN 0874-2049	Avaliar a representação atual do sujeito em relação a vinculação, focalizando-se no modo como as experiências são e os seus efeitos são refletidos, avaliados e integrados pelo indivíduo.	40 Adolescentes e seus bebês avaliados na gravidez e no 12º mês pós-parto.	Avaliação "situação estranha" "Adult Attachment Interview (AAI)"	Estudo qualitativo: - AAI: entrevista semi estruturada para avaliar a representação da vinculação das grávidas adolescentes (entrevistas gravadas e transcritas, método de análise e classificação AAI) - Situação estranha: procedimento laboratorial estandardizado com duração de 20 minutos, permite classificar os bebês em 3 grupos definidos por Ainsworth e seus colaboradores (1978).	O modo como as mães adolescentes organizam as suas experiências de vinculação não está relacionado com o modo como os bebês organizam as suas relações de vinculação com elas, aos 12 meses de idade.  Enquanto a organização da vinculação da adolescente é independente da do bebê. A avaliação da organização do bebê pode não ser independente da da mãe aos 12 meses de idade.  Não foi encontrada nenhuma associação significativa entre a classificação das mães (AAI) e a classificação dos seus bebês (Situação estranha) quer ao nível dos três padrões, quer em função da dimensão segurança versus insegurança da vinculação.

<p>Maxwell, A., Proctor, J., Hammond, L.,</p> <p>“Me and my child’ Parenting experiences of young mothers leaving care”</p> <p>(United Kingdom, 2011)</p> <p>Adoption &amp; Fostering Volume 35 number 4, 2011</p>	<p>Explorar as experiências de maternidade de jovens adolescentes que foram abandonadas, com foco nas suas experiências enquanto mães, nas suas relações com os seus filhos e a suas compreensões das suas experiências enquanto crianças.</p>	<p>6 Mães adolescentes entrevistadas que passaram algum tempo em instituições no momento pós parto.</p>	<p>Entrevista semi estruturada</p> <p>Diários</p>	<p>Análise fenomenológica interpretativa, classificados e organizados</p>	<p>A experiência de maternidade destas mulheres é dinâmica entre o ideal e a realidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A maternidade ajuda a construir uma visão positiva sobre si própria mas também expõe vulnerabilidade;</li> <li>• Existe um processo de identificação com o filho, mas também o sentimento que a criança tomou conta das suas vidas;</li> <li>• O meio exterior é necessário mas ao mesmo tempo, desestabilizador;</li> </ul> <p>A experiência destas mulheres é muito semelhantes e típica de muitas mães no processo de ajustamento à maternidade.</p> <p>No entanto estas mães estão em risco de serem confrontadas com sentimentos de rejeição e abandono devido à sua própria infância.</p> <p>Estas mães experienciaram a maternidade como um processo positivo e reparador.</p>
--	--	---	---	---	--

<p>Madigan, S., Moran, G., Schuengel, C., Pederson, D.R., Otten, R.</p> <p>“Unresolved maternal attachment representations, disrupted maternal behavior and disorganized attachment in infancy: links to toddler behavior problems”</p> <p>USA, 2007</p> <p>Journal of child psychology and psychiatry 48:10 (2007), pp 1042 – 1050.</p>	<p>Testar o papel mediador da vinculação desorganizada na sua associação entre comportamentos desorganizados maternos e crianças com problemas de vinculação materna não resolvidos.</p>	<p>64 Díades mãe adolescente - filho, avaliados aos 6, 12 e 24 meses pós-parto.</p>	<p>Explorar as associações entre o desenvolvimento do comportamento das crianças com problemas.</p> <p>Representações de vinculação materna não resolvidas, comportamento interativo materno e relações de apego infantil.</p>	<p>Estudo longitudinal AAI aos 6 meses e situação estranha aos 12 meses, utilizando a medida de ambiente - “children behavior checklist (CBCL)” aos 24 meses.</p>	<p>Os problemas maternos estão significativamente associados a problemas não resolvidos de vinculação, não conseguem projetar nos seus filhos a vinculação que não têm.</p> <p>Presença de sentimentos de apego desorganizados.</p> <p>Induz-se, a partir das variáveis, o aparecimento de um modelo de comportamento associado ao apego desorganizado relacionado com a interação de comportamentos maternos e exteriorização de problemas. Contudo a associação entre representação de problemas não resolvidos de apego e as exteriorizações de problemas são muito significativas, quando se tem em conta os comportamentos interrompidos e a desorganização de apego.</p>
--	--	---	--	---	--

<p>Long, M.S. "Disorganized attachment relationships in infants of adolescent mothers and factors that may augment positive outcomes" San Diego, California 2009 Adolescent Vol.44 No 175, Libra Publishers, Inc.</p>	<p>Estudar bebés filhos de mães adolescentes com relações de vinculação desorganizadas, identificar fatores que possam ajudar as adolescentes e seus bebés a obterem resultados mais positivos.</p>	<p>Revisão sistemática de literatura</p>	<p>Revisão sistemática de literatura</p>	<p>Análise reflexiva e comparativa</p>	<p>É imperativo desenvolver estratégias eficazes de intervenção que irão reforçar o resultado das crianças bem como das mães adolescentes.</p> <p>Mães adolescentes têm mais fatores de risco e <i>stress</i> em comparação com mães mais velhas.</p> <p>Maternidade na adolescência tem taxa de depressão elevada, falta de habilidades educacionais, mais desemprego, maior necessidade de consistência.</p> <p>Estes fatores stressores aumentam o potencial de vinculação desorganizada podendo ter resultados negativos nas crianças.</p>
---	---	--	--	--	--

<p>Penna L.H., Carinhonha J.L., Martins W., Fernandes Gda. S.</p> <p>“A maternidade no contexto abrigo: as perspetivas de adolescentes abrigados” (2012)</p> <p>Revista Escola de Enfermagem USP</p>	<p>Descrever a compreensão que adolescentes institucionalizadas as do sexo feminino têm sobre a maternidade e analisar a sua experiência deste processo a partir da sua perspetiva, com a finalidade de identificar uma estrutura de apoio para jovens mães abrigadas</p>	<p>Dez mães adolescentes institucionalizadas</p>	<p>Estudo exploratório qualitativo realizado em duas instituições municipais do Rio de Janeiro</p>	<p>Análise de conteúdo, da qual resultaram duas categorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A maternidade na adolescência: a perspetiva da adolescente abrigada</li> <li>- Ser mãe no abrigo: experiências positivas e negativas</li> </ul>	<p>Ser mãe durante a adolescência é uma experiência ambivalente para as adolescentes institucionalizadas.</p> <p>Apesar das dificuldades que ainda existem, a instituição é descrita como um ambiente favorável para as ajudar a construir uma imagem saudável da maternidade.</p> <p>Há uma necessidade de sensibilizar os atores sociais envolvidos em termos de criação de intervenções inter-sectoriais relativas ao contexto e estilo de vida dessas jovens, que possam impedir a vulnerabilidade / desfiliação da mãe e da criança.</p>
--	---	--	--	--	---

<p>Rossetto, M.S. Schermann L.B., Béria, J.U.</p> <p>“Maternidade na adolescência: indicadores emocionais negativos e fatores associados em mães de 14 a 16 anos em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil” (2014)</p> <p>Ciência e saúde Coletiva, Vol 19 nº 10, Rio de Janeiro</p>	<p>Verificar a prevalência de indicadores emocionais negativos (sofrimento psíquico intenso, pouca ou nenhuma expectativa em relação ao futuro e auto valorização negativa) e fatores associados (socio demográficos, relações sociais e familiares, aspetos reprodutivos, abuso e violência) em mães de 14 a 16 anos que tiveram filhos em 2009 em PA, RGS.</p>	<p>50% Das mães adolescentes de 14 aos 16 anos que tiveram filhos em Porto Alegre no ano de 2009, registadas no Sistema Nacional de Nascidos Vivos desta cidade</p>	<p>Aplicação de questionários estruturados em entrevistas nas residências das adolescentes que integraram a amostra</p> <p>Informação recolhida na declaração nascidos vivos</p>	<p>Estudo de Casos</p> <p>A mensuração dos fatores emocionais foi baseada num instrumento dividido em três fatores: sofrimento psíquico, auto valorização e expectativa em relação ao futuro, utilizando a Escala de Likert.</p> <p>Foram estudadas variáveis socio demográficas, referentes a relações sociais e familiares, a aspetos reprodutivos, abuso físico e abuso sexual como possíveis determinantes dos desfechos, auto valorização negativa, pouca ou nenhuma expectativa em relação ao futuro e sofrimento psíquico intenso.</p>	<p>Verificou-se a prevalência de indicadores emocionais negativos e fatores associados na totalidade da amostra.</p> <p>A prevalência de sofrimento psíquico intenso foi de 32,6%, estando associado à baixa classe social, à não repetência escolar, ao mau relacionamento com a mãe, à não-aceitação da gestação pelo parceiro e à falta de apoio familiar.</p> <p>A prevalência de auto valorização negativa foi 15,4%, associada ao mau relacionamento com a mãe e a não existência de uma pessoa confidente.</p> <p>Pouca ou nenhuma expectativa em relação ao futuro foi encontrada em 7,5% das adolescentes, estando associada à repetência escolar, à criação pela mãe biológica, à idade precoce da primeira relação sexual e à ocorrência de abuso físico.</p>
---	--	---	--	---	--

<p>Dias, A.C.G., Jager, M.E., Patias, N.D., Oliveira, C.T.</p> <p>“Maternidade e Casamento: o que pensam as adolescentes” (2013)</p> <p>Researchgate</p>	<p>Compreender como as adolescentes com e sem experiência de gestação percebem a maternidade e o casamento</p>	<p>Nove adolescentes gestantes e dez adolescentes não gestantes com idades entre os 11 e os 18 anos, em Rio Grande do Sul</p>	<p>Entrevistas individuais estruturadas semi</p>	<p>Estudo qualitativo com análise de conteúdo temática, utilizando-se o tema como unidade de registo, para estudar motivações, opiniões, atitudes, valores, crenças, tendências, etc..</p> <p>A análise foi desenvolvida em três momentos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento de resultados, inferência e interpretação conforme proposto por Bardin.</p> <p>Os resultados foram agrupados em duas grandes áreas temáticas: “O que as adolescentes pensam sobre a maternidade”, “O que as adolescentes pensam sobre o casamento / morar juntos”</p>	<p>Tanto as jovens gestantes como as não gestantes pensam na maternidade como um acontecimento positivo.</p> <p>O desejo de ser mãe parece ser influenciado pelas expectativas sociais sobre o que é ser adolescente e ser mãe. Na visão das jovens o casamento baseia-se no amor e na divisão das responsabilidades.</p> <p>As adolescentes não gestantes dão prioridade à inserção no mercado de trabalho, estabilidade financeira e à formação de um relacionamento afetivo antes da maternidade.</p> <p>Já para as adolescentes gestantes, a maternidade não viria, necessariamente, associada ao estabelecimento de um relacionamento estável, sendo que este fenómeno pode, inclusive, motivar o casamento e a formação de uma nova família.</p>
--	--	---	--	---	--

